



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Kurumları Yönetimi Programı

**HASTANE ÇALIŞANLARI ARASINDA SAĞLIK SORUNLARI NEDENİYLE
YAŞANAN İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK DAVRANIŞI İLE
MALİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Aysun KANDEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2014

**HASTANE ÇALIŞANLARI ARASINDA SAĞLIK SORUNLARI NEDENİYLE
YAŞANAN İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK DAVRANIŞI İLE
MALİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Aysun KANDEMİR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı


Sağlık Kurumları Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2014

KABUL VE ONAY

Aysun KANDEMİR tarafından hazırlanan "Hastane Çalışanları Arasında Sağlık Sorunları Nedeniyle Yaşanan İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Davranışı ile Maliyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 25.09.2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



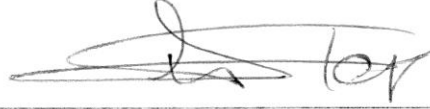
Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ (Başkan)



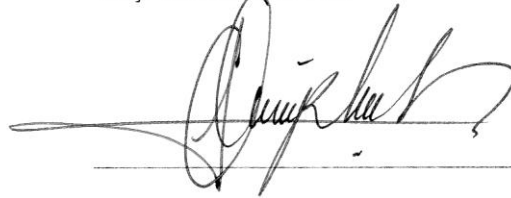
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN (Danışman)



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM



Doç. Dr. Mehmet TOP



Yrd. Doç. Dr. Oğuz IŞIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

25.09.2014



Aysun KANDEMİR

TEŞEKKÜR

Araştırma süresince bilgi ve birikimi ile bana yol gösteren, yalnızca akademik olarak değil her yönüyle örnek olan ve gelişimime katkı sağlayan tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Değerli görüş, öneri ve katkıları ile sayın jüri üyelerine,

Akademik hayatı bana sevdiren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve üzerimde çok büyük emekleri olan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ, Yrd. Doç. Dr. Oğuz IŞIK ve Yrd. Doç. Dr. Nesrin AKCA'ya,

Manevi destekleri ile her zaman yanımda olan ve tez aşamasında gösterdikleri anlayış ve sabırları için ailem, arkadaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Teşekkürü bir borç bilirim.

İTHAF

Bu çalışma, hayatımın her anında desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen değerli anne ve babama adanmıştır.

ÖZET

KANDEMİR, Aysun. *Hastane Çalışanları Arasında Sağlık Sorunları Nedeniyle Yaşanan İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Davranışı ile Maliyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Ankara, 2014.

Çalışanlar her ne kadar fiziksel ya da ruhsal sağlık sorunlarından rahatsızlık duysalar dahi işe devam etmeyi tercih ederler ya da etmek zorunda kalırlar. Bu sorunlarını göz ardı ederek çalışmayı sürdüren çalışanların performansı düşmektedir. Bu sorun, işte var olamamayı tam anlamıyla tanımlayan durumdur. İşe devamsızlık, çalışanların bazı nedenlerle işe gitmediğinde ortaya çıkarken, işte var olamama çalışanın sağlık sorunları olmasına rağmen iş yerinde fiziksel anlamda bulunması fakat zihinsel anlamda bulunamaması durumudur. İşte var olamama, işe devamsızlık kadar belirgin olmadığı için gizli bir maliyet kaybı unsuru olarak görülmektedir. Bu çalışma, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hekim, hemşire-ebe, diğer sağlık personeli ve idari personel üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışanların sosyo-demografik özellikleri, sağlık statüleri, çalışma koşulları, işe devamsızlıkları, sağlık sorunları ve bu sorunlar nedeniyle işte kaybettikleri toplam sürelerle ilişkin veriler elde edilmiştir. Buna göre çalışanlar son iki haftada en fazla kronik yorgunluk-düşük enerji (2,82 saat) nedeniyle, tüm sağlık koşullarından dolayı ise çalışan başına toplam 19,94 saat verimlilik kaybı yaşamıştır. Bunun yanında sağlık nedeniyle (0,29+0,14 gün) ve sağlık dışı diğer nedenlerden (0,29+0,19 gün) dolayı son iki haftada çalışan başına ortalama olarak 0,91 gün devamsızlık yapılmıştır. Son iki haftadaki çalışan başına işte var olamamanın maliyeti (296,95TL) hem sağlık nedeniyle işe devamsızlık maliyetinden (48,01TL) ve hem de sağlık dışı nedenlerle işe devamsızlık maliyetinden (50,84TL) yaklaşık altı kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İşte var olamama maliyetinin toplam işe devamsızlıkların maliyetine oranı ise üç kat daha fazladır. Bunun yanında sağlık dışı nedenlerle yapılan devamsızlıkların maliyeti sağlık nedeniyle yapılan devamsızlıkların maliyetinden fazladır.

Anahtar Sözcükler

İşte var olamama, işe devamsızlık, sağlığa ilişkin verimlilik kaybı, işgücü kaybı, mali yük

ABSTRACT

KANDEMİR, Aysun. *Investigating Factors Affecting Behavior and Cost of Presenteeism and Absenteeism Living Among Health Professions*, Ankara, 2014.

Health care workers prefer or have to continue working even if they are suffering from physical or mental health problems. Performances of health care workers who continue working by ignoring these problems decrease. This situation is that the case defining entirely the issue of presenteeism. Presenteeism states that although employees have various health problems, they are physically present in the workplace but not mentally present while absenteeism occurs when employees do not go to work due to some problems. Determining of presenteeism issue takes a long time and it is seen as a hidden cost factor because presenteeism is not as visible like absenteeism. This study was executed on physicians, nurses-midwives, allied health personnel and administrative staff working in Kırıkkale Yüksek İhtisas Hospital and Kırıkkale University Faculty of Medicine Hospital. Data related to employees' socio-demographic characteristics, health status, working conditions, absenteeism, health problems and time lost at work due to these problems, was obtained. Accordingly, employees have experienced productivity loss mostly due to chronic fatigue or low energy (2,82 hours), 19,94 hours per employee due to all health conditions in the last two weeks. Besides, it was absent from on average 0,91 days per employee due to health reasons (0,29+0,14 days) and other non-health reasons (0,29+0,19 days) in the last two weeks. It was determined that cost burden of presenteeism in the last two weeks (296,95TL) is about more than six times both sickness absenteeism (48,01TL) and non-sickness absenteeism (50,84TL). Cost of presenteeism is more than three times total cost of absenteeism. In addition, cost of absenteeism due to non-health reasons is more than cost of absenteeism due to health reasons.

Key Words

Presenteeism, absenteeism, health-related productivity loss, workforce loss, cost burden

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK	5
1.1. İşte Var Olamama Sorununun Tanımı, Kapsamı ve Önemi	5
1.2. İşte Var Olamama Sorununun Türleri	11
1.2.1. Hastalık Kaynaklı İşte Var Olamama.....	12
1.2.2. Hastalık Kaynaklı Olmayan İşte Var Olamama	14
1.3. İşe Devamsızlık Sorununun Tanımı, Kapsamı ve Önemi.....	14
1.4. İşe Devamsızlık Sorununun Türleri.....	18
1.4.1. Mazeretsiz İşe Devamsızlık (Unexcused/Voluntary Absenteeism)	18
1.4.2. Mazeretli İşe Devamsızlık (Excused/Involuntary Absenteeism).....	19
1.5. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Arasındaki İlişki.....	21
1.6. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Sorunlarına Neden Olan Faktörler	25
1.6.1. Bireysel Faktörler.....	27
1.6.2. Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Sorunları ve Obezite.....	32
1.6.3. Çalışma Ortamı ve Koşulları ile İlgili Örgütsel Faktörler.....	37
2. BÖLÜM: ÇALIŞANLARIN İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK EĞİLİMLERİNİN SONUÇLARI VE MALÎ YÜKÜ	44
2.1. Verimlilik Kaybı ve Performans Düşüklüğü	45
2.2. İş ve Yaşam Kalitesinde Azalmalar.....	46
2.3. Sağlığa İlişkin Maliyetler.....	48

2.3.1. Risk Faktörlerinin Belirlenmesi.....	51
2.3.2. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlığın Kurumlara Maliyeti	53
3. BÖLÜM: ÇALIŞANLARIN İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK EĞİLİMLERİNİ AZALTMAK İÇİN YAPILABİLECEK MÜDAHALELER.....	62
4. BÖLÜM: SAĞLIĞA İLİŞKİN VERİMLİLİK KAYIPLARINI ÖLÇMEDE KULLANILAN YÖNTEMLER.....	70
4.1. World Health Organization's (WHO'S) Health and Work Performance Questionnaire (HPQ).....	71
4.2. Stanford Presenteeism Scale (SPS-6, SPS-13, SPS-34).....	73
4.3. Work Limitations Questionnaire (WLQ).....	74
4.4. Work Productivity and Activity Impairment (WPAI).....	75
4.5. Kullanılan Diğer Yöntemler ve Karşılaştırılması.....	75
5. BÖLÜM: ARAŞTIRMA GEREÇ VE YÖNTEMİ.....	85
5.1. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Önemi.....	85
5.2. Araştırma Hipotezleri	87
5.3. Araştırmanın Evreni ve Verilerin Toplanması	90
5.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	91
5.5. Verilerin Analizi.....	94
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	96
6. BÖLÜM: BULGULAR.....	97
6.1.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	97
6.1.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular	106
TARTIŞMA.....	127
SONUÇ.....	141
ÖNERİLER.....	143
KAYNAKÇA.....	145
EKLER.....	159

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ALWQ	Angina-Related Limitation at Work Questionnaire
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAPs	Employee Assistance Programs
EWPS	Endicott Work Productivity Scale
HLQ	Health and Labor Questionnaire (Illness and Labor Questionnaire olarak da adlandırılır)
HPQ	World Health Organization's Health and Work Performance Questionnaire
HWQ	Health and Work Questionnaire
KÜTFH	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
KYİH	Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi
MWPLQ	Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire
OT	Osterhaus Technique
SPS	Stanford Presenteeism Scale
SRD	Sağlık Risk Değerlendirmesi
TAW	Time Away from Work
WLQ	Work Limitations Questionnaire
WPAI	Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire
WHI	Work and Health Interview
WHO	World Health Organization
WPSI	Worker Productivity Short Inventory

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Seçilmiş Risk Faktörleri ve Sıklıkları	51
Tablo 2. Seçilmiş Risk Faktörleri ve Maliyet Değerlendirme Araçları	55
Tablo 3. On Sağlık Koşuluna İlişkin İşte Var Olamama Maliyetleri	59
Tablo 4. Risk Faktörüne Özgü Verimlilik Kayıplarının Toplam Maliyetlerinin Hesaplanması (Sağlık ve Verimlilik Kaybı)	61
Tablo 5. Ruhsal Sağlık Destek Programlarının Faydaları.....	67
Tablo 6. İşte Var Olamamayı Değerlendiren Çalışan Verimlilik Ölçüm Yöntemlerinin Özellikleri.....	80
Tablo 7. Sağlığa İlişkin Verimlilik Kaybı Ölçeklerine Genel Bir Bakış	81
Tablo 8. İncelenen Bazı Çalışmaların Özeti.....	83
Tablo 9. İncelenen Konu Başlıklarının Özeti.....	84
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Çalışanların Dağılımı	91
Tablo 11. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	97
Tablo 12. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı	98
Tablo 13. Hastane Çalışanlarının Genel Sağlık Durumlarına ve BKİ Değerlerine Göre Dağılımları.....	100
Tablo 14. Hastane Çalışanlarının Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı.....	100
Tablo 15. Hastane Çalışanlarının Performans Değerlendirmeleri.....	103
Tablo 16. Hastane Çalışanlarının Çalışma Arkadaşları ile Kendi Performans Düzeyini Değerlendirmeleri.....	103
Tablo 17. Hastane Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	104
Tablo 18. Hastane Çalışanlarının İşe Devamsızlık ve Fazla Çalışma Durumlarının Dağılımları.....	104
Tablo 19. Hastane Çalışanlarının Sağlık Koşullarına Bağlı Olarak Kaybettikleri Zaman	105
Tablo 20. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşte Var Olamama Eğilimi.....	107
Tablo 21. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşte Var Olamama Eğilimi	108

Tablo 22. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşte Var Olamama Eğilimi	110
Tablo 23. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşe Devamsızlık Eğilimi	111
Tablo 24. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşe Devamsızlık Eğilimi	113
Tablo 25. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşe Devamsızlık Eğilimi	115
Tablo 26. İşe Devamsızlık ve İşte Var Olamama Sorunlarının Hastanelere Maliyetleri	116
Tablo 27. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşte Var Olamama Maliyeti	117
Tablo 28. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşte Var Olamama Maliyeti	119
Tablo 29. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşte Var Olamama Maliyeti	120
Tablo 30. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşe Devamsızlık Maliyeti.....	121
Tablo 31. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşe Devamsızlık Maliyeti	123
Tablo 32. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşe Devamsızlık Maliyeti	125
Tablo 33. İşte Var Olamama ve Maliyeti ile İşe Devamsızlık ve Maliyeti Arasındaki İlişki	126
Tablo 34. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Özet Tablo	127

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kavramsal Çerçeve	7
Şekil 2. Sağlık ve Verimlilik Yönetimi Kavramsal Modeli.....	10
Şekil 3. Hastalık Nedeniyle İşe Devamsızlık Türleri	20
Şekil 4. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık: Dinamik bir model.....	24
Şekil 5. İşte Var Olamamayı Etkileyen Faktörler.....	39
Şekil 6. Risk Faktörleri, Maliyet ve Performans Arasındaki Etkileşim.....	52
Şekil 7. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Maliyetleri.....	56
Şekil 8. Çalışanların Sağlığına İlişkin Maliyetlerin Kaynağı.....	57
Şekil 9. İşyerinde Ruhsal Hastalıkların İşletme Maliyetleri	58
Şekil 10. Sağlık ve Verimlilik Programlarının Öncelikleri.....	64
Şekil 11. Araştırma Modeli	86

GİRİŞ

İş ve çalışan sağlığına ilişkin unsurlar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kuruluşundan bu yana benimsediği politikalar arasında yer alan konulardandır. DSÖ'nün önemli belgelerinde (Anayasa, Alma Ata Bildirgesi, Sağlık Stratejisi [Health for All Strategy], Genel Çalışma Programları [General Programmes of Work], Dünya Sağlık Meclisi'nin [World Health Assembly] çok sayıda kararları), çalışma ortamındaki tehlikelerin kontrol edilip önlenmesi ve çalışanların çalışma kapasitesinin ve sağlığının iyileştirilerek sağlık ve güvenliğin sağlanması gerekliliğine değinilmiştir. DSÖ, Çalışan Sağlığı Programı (Workers' Health Programme) için önerdiği durum analizinde yer alan öncelikli on amaç arasında, işyerinde sağlık için ulusal ve uluslararası politikaları güçlendirmek ve gerekli politika araçları geliştirmek, sağlıklı çalışma ortamı oluşturmak, işte sağlığın korunması ve Mesleki Sağlık Hizmetlerinin (Occupational Health Services) güçlendirilmesi gibi maddelere yer verilmiştir. Sıralanan bu amaçlarla çalışan sağlığı ve işyerinde sağlıklı bir ortam oluşturulması vurgulanmıştır (World Health Organization, 1995).

Beşeri sermayenin, özellikle zorlu ekonomik dönemlerde başarılı girişimlerin kalbinde yer alması işletmelerin çalışanlarına verdikleri önemin giderek artmasını sağlamıştır. Yapısal sermayenin aksine beşeri sermaye hiçbir zaman gerçekten işletmelere ait olmadığı için işletmeler çalışanlarını elde tutma yollarını aramadıkları sürece onları kaybetme gerçeği ile karşı karşıya kalmaktadır. Buna karşılık işletmelerin çalışanlarının sağlık statüsü ve refahını iyileştirerek rekabet avantajı elde etmeleri mümkündür (Chenoweth, 2011: 1). Çalışanların sağlık statüsü çalışma davranışlarını, işe devamlılıklarını ve çalışma performansını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle daha sağlıklı çalışanlara sahip olunarak daha üretken işgücü elde edilebilecektir.

Yaklaşık olarak her üç yetişkinden birinin yaşamının önemli bir kısmını çalışarak geçirmesi (ILO, 1995), işverenlerin işyerinde refah konusuna odaklanmalarını gerekli hale getirmiştir. Çalışma ortamının ve yapılan faaliyetlerin, çalışanlar üzerinde negatif/pozitif fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal etkileri ile sağlık ve yaşam kalitesine

katkıları olmakta ve bunlar da sırasıyla ailelerinin ve çevrelerinin refahını etkileyebilmektedir.

Uzun yıllardan beridir işletmeler, çalışanların işe devamsızlığı ve verimliliği ile ilgili sorunlarla mücadele etmektedir. İşe devamsızlık, çalışanların hastalık ya da diğer nedenlerden dolayı işe gelmemesi durumudur ve verimlilik kaybı %100'dür. Bugüne kadar yapılmış çalışmalar içinde işe devamsızlık, işyerinde gerçek bir sorun olarak kabul edilirken işte var olamama, ihmal edilmiş olması ve anında fark edilememesi nedeniyle daha büyük bir sorun oluşturmaktadır. 20. yüzyılın sonlarına doğru yeni bir kavram olarak literatüre giren fakat aslında işletmelerin her zaman karşı karşıya kaldığı bir sorun olan ve "*Presenteeism*" olarak adlandırılan işte var olamama sorunu, çalışanların fiziksel ya da ruhsal sağlık problemi şikâyetleri olmasına rağmen çeşitli nedenlerden dolayı işe gitmeyi tercih etmelerini yani hastayken çalışmak zorunda oldukları durumu ifade eder. Hasta iken çalışmaya devam eden bireyler işte buldukları süre zarfında normalde olması gerekenden daha düşük bir verimlilik gösterecek ve tam performans çalışamayacaklardır. Bu, özellikle yoğun çalışma saatleri olan hastanelerde, dikkat gerektiren önemli işlerde çalışan sağlık personellerinde karşılaşılabilecek ciddi bir sorundur. Literatürde işte var ol(ama)ma, kendini işe verememe, işteki performans ya da verimlilik/üretkenlik (on-the-job performance/productivity) olarak da kullanılan presenteeism kavramının başlıca nedenleri fiziksel ve ruhsal sağlık koşulları olan bu sorun çalışma ortamından kaynaklanan problemler, tükenmişlik duygusu, işkoliklik gibi birçok sebeple ortaya çıkabilir. Ancak en çok etki eden ve işte var olamamayı tam anlamıyla karşılayan nedenler, bireyin kişisel sağlık koşulları olmaktadır. Gereken performans gösterilemediğinde, iş akışlarında aksamalar meydana gelebileceği için gizli işsizlik ve maliyet unsurları da ortaya çıkmaktadır. Bu endirekt maliyetlerin tespit edilmesi de çok zordur. Ancak işte kaybedilen zaman dilimleri ele alınarak bazı tahminler yapılabilmektedir. İşte var olamamayı ve verimlilik kaybını ölçmede karşılaşılan güçlükler örgütsel ve tıbbi bileşenler açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca, işletme yöneticileri ve insan kaynakları uzmanlarının, sağlık koşullarının sebep olduğu, çalışanların işe devamsızlığı ve işte verimlilik kayıpları ile ortaya çıkan bu mali yükün üzerinde önemle durmaları gerekmektedir.

Var olduğundan bu yana sağlık kurumları sürekli değişim geçirmektedir. Hastanelerin bir önceki yıllara göre yönetilmesi daha karmaşık ve daha zor bir hale gelmektedir. Bu da sağlık kurumlarında faaliyetlerin daha az kişiyle daha iyi ve daha çabuk yapılmasını gerekli kılmıştır. Hastanelerdeki çalışma saatleri, şiffleri ve nöbetler kişinin sağlığını olumsuz etkileyen en önemli stres kaynaklarıdır. Personel eksikliği ve iş yükü problemleri de stres, tükenmişlik ve erken emekliliğe neden olan etkenler arasındadır. Çalışanların optimal performans gösterebilmeleri için daha sağlıklı ortamlarda çalışmaları gerekmektedir. İşe devamsızlık yapmaya başlamadan önce çalışanlar rahatsızlık duydukları ve işlerini yapmalarına engel olan sorunu görmezden gelerek faaliyetlerini yürütmeye çalışacaktır. Fakat bu eğilim, çalışanların farkında olmadan mevcut sağlık statülerini daha kötü hale getirerek hem kişilerin sağlıklarını kaybetmesine hem de uzun bir zaman dilimi boyunca olması gerektiği kadar verimli olunmadığı için işlerin aksamasına neden olur.

İşte var olamama sorununun Türkçe literatürde oldukça yeni olması ve halen büyüklüğü ile ilgili farkındalığın olmaması nedeniyle işletmelerin işgücü ve mali kayıpları gün geçtikçe artmaktadır. Çalışanların çeşitli nedenlerle yapmış oldukları devamsızlıkların ve alınan sağlık raporlarının kayıtları her işletme gibi hastanelerde de tutulmaktadır. Devamsızlıkların önceden bildirilmesi ve belli sınırlamaların olması sonuçların kontrol edilebilirliğini kolaylaştırmaktadır. İşe devamsızlık kadar belirgin olmayan işte var olamama durumunda çalışanların çalışma saatlerinin ne kadarını verimli geçirdiğinin saptanması, ne kadarında bireylerin sağlığını olumsuz etkileyen koşullara rağmen düşük çalışma kalitesi ile çalışmak zorunda kaldığının tespit edilmesi ve engellenmesine yönelik çalışmalar her işletmede yapılmamaktadır. Bu nedenle çalışanın üretken olması gereken çalışma saatlerinde ortaya çıkan bu tür verimlilik kayıpları Türkiye’de 2000’li yılların başında önemli bir sorun olarak görülmeye başlanmıştır. Yapılan ilk çalışmalar literatür çalışması olup işte var olamama sorununu insan kaynakları yönetimi perspektifinden değerlendirmiş ve mücadele yöntemlerine yönelik önerilerde bulunmuştur (Koçoğlu, 2007; Çiftçi, 2010; Çoban ve Harman, 2012; Mandıracıoğlu, 2013; Yıldız ve Yıldız, 2013). Alan araştırmasının yapıldığı bazı çalışmalarda işte var olamama daha spesifik olarak örgütsel bağlılık ile ilişkilendirilmiştir (Özmen, 2011; Baysal, 2012). Literatürde hem işe devamsızlık hem de işte var olamama sorunu üzerinde etkili olan faktörlerin araştırılmasını amaçlayan (Coşkun, 2012) çalışma

olmasına rağmen, çalışanların sağlık sorunları nedeniyle verimlilik kayıplarının miktarını ve bunların parasal karşılıklarını ölçerek problemin büyüklüğünü ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özellikle en fazla işte var olamama sorununun görüldüğü sektörlerden biri olan sağlık sektöründe bu konunun araştırılmamış olması bu çalışmanın önemini ve gerekçesinin birincil nedenidir.

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının sağlık sorunları nedeniyle işte var olamama ve işe devamsızlıklarını tanımlamanın yanında ortaya çıkan verimlilik kayıplarının hastanelere olan maliyetini ortaya koymaktır. Çalışmanın birinci bölümünde işte var olamama ve işe devamsızlık sorunlarının tanımı, kapsamı ve önemi açıklanırken iki sorun arasındaki ilişkiden ve bu sorunlara neden faktörlerden ayrıntılı bir şekilde bahsedilmiştir. İkinci bölümde, bu sorunların bireye ve kuruma yönelik olası sonuçları ve mali yükü açıklanırken üçüncü bölümde bu sorunların olumsuz sonuçlarının en aza indirgenmesi için yapılabilecek müdahaleler ve önerilere yer verilmiştir. Dördüncü bölümde uluslararası çalışmalarda işte var olamama ve işe devamsızlıkları ölçmede kullanılan araçlara yer verilirken beşinci bölümde araştırmanın amacı, kapsamı, önemi ve yöntemine ilişkin bilgiler verilmiştir. Altıncı bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların ardından tartışma ve sonuç bölümleri ile önerilere yer verilmiştir.

1. BÖLÜM: İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK

Her kurumda olduğu gibi hastanelerde de çalışanların sağlığına ilişkin verimlilik kayıpları, işte var olamama ve işe devamsızlık ölçümlerine dayalı olarak tahmin edilebilmektedir. İşte var olamama, çalışanların günlük iş faaliyetlerini gerçekleştirirken ya da çalışırken verimlilik azalması olarak ifade edilirken işe devamsızlık genel olarak işte olmayıp yapılması gereken faaliyetlerin yapılamamasına bağlı olarak kaybedilen gün sayısı olarak tanımlanmaktadır (Lofland, 2004: 10). Bu bölümde işyerinde verimliliği sağlamak için her çalışanın yaşadığı ya da yaşama ihtimali olan işte var olamama ve işe devamsızlık sorunlarının tanımı, kapsamı ve nedenlerine yer verilecektir.

1.1. İşte Var Olamama Sorununun Tanımı, Kapsamı ve Önemi

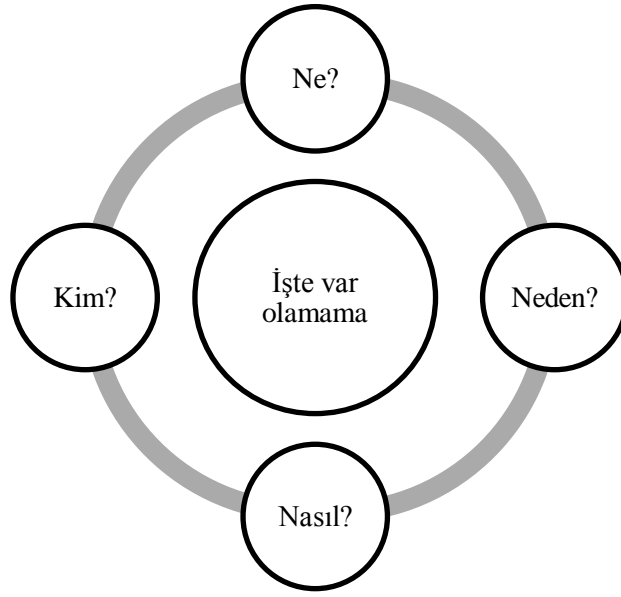
Presenteeism kelimesinin kökü olan “presence” kelimesi Oxford online İngilizce sözlüğünde “*bir yerde bir şeyin ya da birinin bulunması, varlığı*” anlamına gelmektedir. İşte var olamamanın sözlük anlamları ise “*kişinin işiyle ilgili güvensizlik belirtisi olması sebebiyle gerekenden daha fazla işyerinde bulunarak çalışması*” (oxforddictionaries.com), “*çalışanın işini kaybetme korkusunun bir sonucu olarak daha az izin alması ve daha uzun saatler çalışması davranışı*” (thefreedictionary.com/presenteeism), “*hasta olduğu halde işinin başında bulunma durumu*” (tureng.com) olarak tanımlanmıştır. Ortak kullanılan bir tanımı olmayan işte var olamama çoğu yazar tarafından genel olarak hastalık, yaralanma, ruhsal sorunlar gibi durumlara rağmen işe gelinmesi olarak tanımlanmıştır.

“İşte var olamama” kavramı son zamanlarda yaygın bir şekilde kullanılan bir kavram olmasına karşın filozof ve ekonomist Adam Smith (2006), “*Milletlerin Zenginliği*” adlı kitabında verimliliğin diğer toplumsal sorunlarla olan ilişkisine yer verdiği ulusal ve küresel performans arasında bağlantı kurarak sağlıklı toplumlar yoluyla sağlıklı ekonomilere ulaşılabileceği önerisinde bulunmuştur. Ayrıca kişisel maliyetlerin yanı sıra topluma ve işverene de ciddi maliyetleri olan hastalıkların hem sosyal hem de ekonomik sonuçları olduğunu belirtmiştir.

İşte var olamama kelimesi ilk kez 1955 yılında Auren Uris tarafından kayda geçirilmiş ve yine 1955 yılında Cranfield ve Soash tarafından pozitif çalışan davranışı olarak incelenmiştir (O’Callaghan, 2013: 9). İşte var olamama kavramı, literatürde ilk defa 1996 yılında Lancaster University’de örgütsel psikoloji alanında uzmanlaşan Cary L. Cooper tarafından küçülme ya da yeniden yapılanma sürecinde olan işletmelerde çalışanların aşırı iş yükü ve iş güvensizliğinin olduğu durumları tanımlamak için kullanılmıştır (Lowe, 2002). Cooper, “işte var olamama olgusu”nu, çalışanların çok uzun saatler çalışması ya da en azından uzun saatler çalışıyor gibi görünmesi ve birbirinden oldukça farklı iki çalışan davranışını ifade ettiğini öne sürmektedir. Birincisinde, bağlılığın ters bir ifadesi ya da iş güvensizliği ile baş etmenin bir yolu olarak çalışanlar işte daha fazla kalarak fazla mesai yapma eğilimindedir. İkinci davranış durumu ise, çalışanların hasta ya da yaralı olmalarına rağmen işe gitmeleri olarak tanımlanır (Quazi, 2013: 6-7; Lowe, 2002: 1). Örgüte bağlılığı olan bir çalışan çalışmaktan memnuniyet duyacağı gibi uzun saatler çalışmaktan ve fazla mesaiye kalmaktan da kaçınmayabilir. Bu nedenle kişi, sağlık problemlerinden şikâyetçi olsa dahi bu bağlılığından dolayı işte kalmayı ve çalışmayı tercih edebilmektedir. Diğer bir çalışan ise, izin ya da rapor alması durumunda işten çıkarılması ve maaşında kesintiler yapılması gibi olumsuzlukları yaşamamak için sağlık problemlerini göz ardı ederek işe gidip çalışmaya devam edebilir. Aslında her iki çalışan davranışı durumunda da işte var olamamanın yarattığı etki ve sonuçlar aynı olmaktadır. Sağlık problemi olan çalışan gönüllü ya da zorunlu olarak çalışıyor olsa da normalde çalıştığından daha düşük bir performans göstermesi muhtemeldir.

Amerika’da bu kavram 1990lar’ın ikinci yarısı boyunca sağlık ve verimlilik literatüründe yer almaya başlamıştır. Occupational and Environmental Medicine dergisinde 1998 ve 2008 yıllarında işte var olamama teriminin kullanıldığı yayınlar incelendiğinde, Amerika’da bu konuda yapılan deneysel çalışmalarda artış olduğu, ancak bununla birlikte hala geliştirilememiş bir çalışma alanı olduğu görülmektedir. İşte var olamama, son on yılda sağlık çalışanları arasında kullanımı yaygınlaşmış bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalık ve olumsuz tıbbi koşullar, çalışanın ve çalışma arkadaşlarının çalışma niteliği ve niceliğini etkilemektedir. Dikkat dağınıklığı, yorgunluk, asabiyet, iş kazaları ve hata yapılmasına sebebiyet verebilir (Pilette, 2005). İşte var olamama sorununu anlamak ve ölçmeye çalışmak işyeri sağlığı araştırmaları

alanında en büyük sorunlardan biri olmuştur. İşte var olamama nedir, ne kadar yaygındır ve sağlıklı işyeri stratejileri yoluyla bu sorunu nasıl en aza indirebileceği konusuna dikkat çekilmiştir (Lowe, 2002). Bu nedenle işte var olamama sorununu her yönüyle inceleyebilmek için “3N” ve “1K” içeriğinde ele almak gerekecektir (Şekil 1): “İşte var olamama nedir?”, “Çalışanlar hasta olmalarına rağmen neden işe gelmektedir?”, “İşte var olamama davranışı nasıl yönetilmelidir?” ve “İşte var olamama davranışını yönetme rolünü kim üstlenmelidir?” (Quazi, 2013: 4).



Şekil 1. Kavramsal Çerçeve (Quazi, 2013: 3)

Şekil 1’deki çerçeve kapsamında yer alan sorulara verilecek yanıtlar ile işte var olamama dört boyutta irdelenerek sorunun kaynağı ve çözüm yollarına ilişkin bilgiler elde edilebilecektir.

İşte var olamama özellikle Amerika’da çalışanlar arasında gitgide büyüyen bir sorun haline gelmiştir. AON Danışmanlık işte var olamamayı, “*Genellikle stres, depresyon, yaralanma, hastalık ya da baş ağrısı gibi basit bir hastalık nedeniyle yeterince verimli olmayan ancak işte çalışmaya devam eden çalışanlar*”ı tanımlamak için kullanılan bir terim olarak açıklamıştır. Amerikan Psikiyatri Derneği komite başkanı Norman Clemens, bu sorunun aslında uzun yıllardır var olan ancak fark edilmeyen bir sorun olduğunu vurgulamak için işte var olamamayı “eski bir problem için yeni bir slogan” olarak adlandırmıştır (Lowe, 2002: 1).

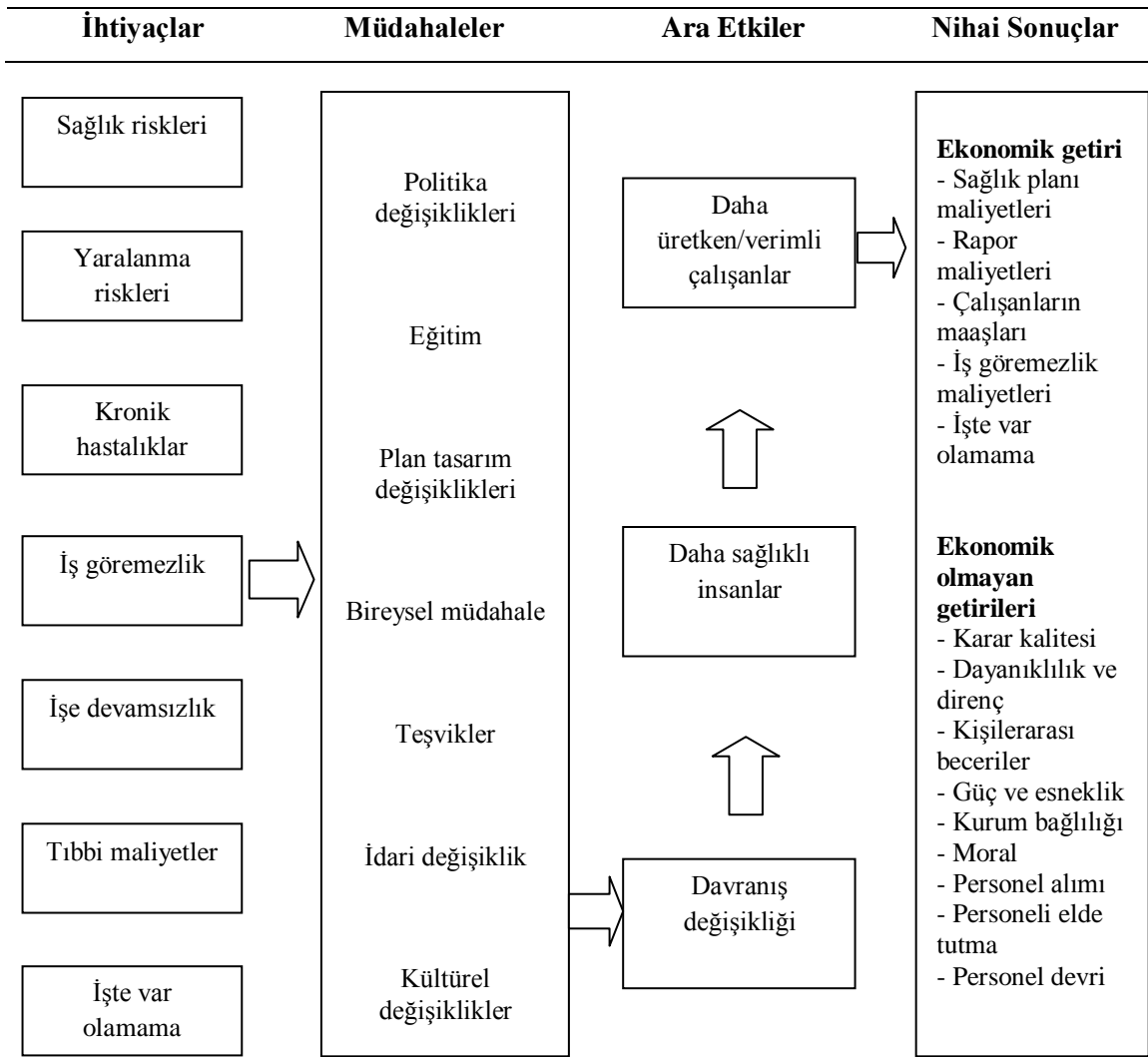
Chapman (2005: 2), işte var olamamayı hastalık semptomları ve koşullarının işte çalışmayı tercih eden bireylerin çalışma verimliliğini/performansını ölçülebilir dereceye kadar etkilemesi olarak tanımlamıştır. Bazı yazarlar, bir tür işgören davranışı olarak görülen işte var olamamanın niteliğini ve etkilerini tanımlamışlardır. Bu tanımlardan birisi de işte var olamama “sağlık sorunları ve şikâyetleri olmasına rağmen izin alıp dinlenmesi gerekirken kişinin işine devam etmesi” (Aronsson ve diğerleri, 2000), ya da “sağlıklı hissetmemeye rağmen işe gitme” (Dew ve diğerleri, 2005) olarak tanımlanırken bir diğer tanım da “çalışanların hastalık nedeniyle işe gelemeyecek durumdayken işe geldiklerinde faaliyetlerini optimalin altında gerçekleştirmeleri” (Caverley ve diğerleri, 2007) şeklinde ifade edilmektedir. Kısaca özetlemek gerekirse çalışanların işe geldiği ancak fiziksel ya da ruhsal bir hastalık nedeniyle normalin altında performans göstermeleri halinde ortaya çıkan verimlilik ya da performans kaybı olarak nitelendirmek mümkündür (Cser, 2010: 1-2).

Gilbreath ve Karimi ise (2012: 116) işte var olamamanın sadece hastalıkla ortaya çıkan dar kapsamlı tanımına karşı çıkmakta ve işte var olamamanın da işe devamsızlık gibi neredeyse sınırsız sayıda olası nedenlere sahip olan bir olgu olarak kavramlaştırılmasını önermektedir. Onlara göre işe devamsızlık, çalışanın sağlık, bireysel ve örgütsel pek çok neden sonucu işe devamsızlık yapma eğiliminde olmasını ifade etmektedir. Gilbreath ve Karimi ayrıca işte var olamama ölçeklerinin de daha doğru bir şekilde isimlendirilmesi gerektiğini, bunun için örneğin Stanford Presenteeism Ölçeği'nin Sağlığa İlişkin Stanford Presenteeism Ölçeği olarak isimlendirilmesinin daha doğru olacağını belirtmektedirler. Bu konuya dikkat çekmenin nedeni diğer araştırmaları kötülemekten ziyade işte var olamama ve etkileri ile ilgilenen araştırmacıların işte var olamama konusunda neyi ölçmeye çalıştıkları hakkında emin olmalarını sağlamaktır. Bazı araştırmalarda ise daha hassas bir tanımlama yapılarak hastalık kaynaklı işte var olamama ifadesinin kullanıldığı görülmektedir. Ekonomistler ise, işte var olamamayı ciddi boyutta maliyeti olan verimlilik kaybı sorunu olarak tanımlamıştır (Pilette, 2005: 301). İşte var olamama, hastalıkla mücadele eden ancak işte çalışmaya ve ücret almaya devam eden çalışanlarda ortaya çıkan sağlığa ilişkin verimlilik kayıplarını ifade etmektedir.

Presenteeism kelimesini birebir karşılayan Türkçe bir kelimenin olmaması nedeniyle ve ülkemizde yapılan çalışmalarda da henüz fikir birliği sağlanmadığı için bazı çalışmalarda doğrudan presenteeism kelimesi, bazılarında ise çalışmaların amacına uygun olarak farklı kavramlar kullanılmıştır. Koçoğlu'na (2007) ait işte var olamama ile ilgili ilk çalışma niteliğinde olan çalışmada presenteeism kavramı için herhangi bir Türkçe kelime önerilmemiş ve doğrudan presenteeism sözcüğünün kullanımı tercih edilmiştir. Daha sonra yapılan çalışmalarda ise, işte var ol(a)mama (Çiftçi, 2010: 153), kendini işe verememe (Coşkun, 2012), işte sözde var olma (Yıldız ve Yıldız, 2013: 820) gibi anlamlarda kullanılmış ve hem hastalık hem de hastalık dışı nedenlerden kaynaklanan bir sorun olarak ele alınmıştır. Yapılan bu çalışmada ise presenteeism kelimesi yerine çalışmanın amacına uygun olarak “işte var olamama” ifadesinin kullanımı uygun görülmüştür. Bunların yanında Günbeyi ve Gündoğdu'nun (2010: 56) çalışmalarında presenteeism'in Türkçe karşılığı olarak “işkolik” (workaholism) kavramı kullanılmış olup tam anlamıyla presenteeism kavramının karşılığını taşımamaktadır. Çünkü işkoliklik, bireyin kendi tercihi ile sürekli işine odaklanıp uzun saatler çalışması olarak nitelendirilmektedir. Kendine zaman ayıramamalarının sonucunda da fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle ilerleyen zamanlarda ortaya çıkan sağlık sorunları, işkolik çalışanların kendilerini işlerine yeterince verememelerine neden olabilmektedir. Ancak işte var olamama sorununun ortaya çıkabilmesi için sadece işkolik olmak yetersiz kalmaktadır. Çoban ve Harman'ın (2012: 157) 28 adet çalışmayı inceledikleri literatür taramasında presenteeism'in Türkçe karşılığı için herhangi bir öneride bulunulmamış ve presenteeism kelimesinin kullanımı tercih edilmiştir. Ayrıca yazarlar iki türlü işte var olamama eğilimi olduğu tespitinde bulunmuşlardır. İlki, çalışanların baskı nedeniyle uzun saatler çalışması ya da çalışıyor gibi görünmesi iken ikinci eğilim ise, çalışmalarını engelleyecek sağlık sorunları olmasına rağmen işe gitmeleridir.

Tüm bu tanımlamaların ardından işte var olamamanın model içerisinde nasıl incelendiğini ve hangi etkenler yoluyla ne gibi sonuçlara sebep olduğunu anlayabilmek adına “İşte var olamama aslında büyük resmin neresinde?” sorusuna yanıtlar aranmıştır. İşyerinde sağlığın geliştirilmesi konusunda işte var olamamanın oynadığı rol ele alınarak Sağlık ve Verimlilik Modeli'ndeki yeri gösterilmektedir (Şekil 2). Buna göre öncelikle işte var olamama, bir programın ele aldığı “*ihtiyaç*” türlerinden biri olarak

tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, herhangi bir “müdahale” yapabilmek için ve bunlardan hangisine öncelik verileceğini belirlemek için işte var olamamanın ölçülmesi gerekmektedir. Bu çerçevede işte var olamama, İşyerinde Sağlığın Geliştirilmesi programı ya da Sağlık ve Verimlilik Yönetimi girişimi ile ilgili bir müdahalenin “nihai sonuç”unu tahmin etmenin yanı sıra “büyük resim” açısından, “ara etkiler”deki değişiklikleri ve müdahalelerle ilgili gelişmeleri belgelemek amacıyla yeniden ölçülmesi gereken bir kavramdır (Chapman, 2005: 3).



Şekil 2. Sağlık ve Verimlilik Yönetimi Kavramsal Modeli (Chapman ve Sullivan, 2003: 7)

İşte var olamama, sadece hasta çalışanların azalan verimlilikleri sonucu ortaya çıkan maliyetlerden dolayı değil aynı zamanda bakım kalitesi üzerindeki olası etkisinden

dolayı da önemli bir sorun haline gelmiştir (Shamian ve El-Jardali, 2007; Silas, 2007). Doğrudan hasta bakımı veren sağlık personelinin düşük verimlilik nedeniyle olması gereken hizmet kalitesinin altında hizmet vermesi hastanın alacağı faydanın azalmasına yol açmaktadır.

Birçok nedenden etkilenen bu “işteyken iş yapamama sorunsalı”, işte var olamamayı farklı açılardan ele almayı gerektirmiştir. İş yapabilecek durumda olunmasına rağmen çalışanların işten kaçma, kaytarma, iş dışında başka şeylerle uğraşma eğilimi işte var olamamayı yansıtmamaktadır. Kişisel ya da örgütsel birtakım zorunluluklar ve yükümlülükler sebebiyle çalışanların işte bulunmasını gerektiren daha önemli faktörler olmalıdır. Bu faktörlerden önce farklı kategorilerde ele alınan işte var olamama türlerini incelemek gerekmektedir.

1.2. İşte Var Olamama Sorununun Türleri

İşte var olamama, bireysel ve örgütsel pek çok nedenden etkilendiği için her çalışanda görülme biçimi de farklılık göstermektedir. Cooper (2011), bir çalışmada dört farklı işte var olamama türünden bahsetmiştir:

- *Tam anlamıyla çalışanlar için işte var olamama:* Bu kişiler sağlıklıdır ve nadiren rapor alırlar. Bağlılıkları ve motivasyonları vardır ve işlerini tam yaparak kurumlarına katkı sağlarlar. Bu nedenle fazla mesai yapmaktan ya da iş yüklerinden şikâyetçi değillerdir. Bu işte var olamama türü işkolik çalışanlarda görülmektedir. Kişisel ihtiyaçlarından hatta sağlıklarından feragat göstererek işte bulunmayı tercih ederler.
- *Hastalık kaynaklı işte var olamama:* Daha çok ya da daha az derecede sağlığından şikâyet ederler ve işyerinde bulunup işe devam ederler. Kendilerini iyi hissetmemelerine rağmen iş güvensizliği nedeniyle çalışmayı tercih ederler ancak son derece verimsiz bir performans gösterirler.
- *İş tatminsizliği yaşayanlar için işte var olamama:* Bu kişiler genellikle fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklıdır ancak ortalama kişilerden daha çok işe devamsızlıkları vardır. İşlerine bağlılıkları daha azdır çünkü ya iş/rol gereksinimleri ya da kişilikleri/yetenekleri diğer çalışanlara uymaz ya da gerçekten kötü bir şekilde yönetilmektedirler. Bu da sık sık işe devamsızlık yapmalarının yanında işte

buldukları zamanlarda da düşük verimlilik gösterme eğiliminde olmalarına sebep olmaktadır.

- *Kronik sağlık sorunu ya da stresli olanlar için işte var olamama:* Bu tür, ciddi kronik sağlık problemi olanlarda ya da gerçekten işin kendilerine zarar verdiği durumlarda görülür. İşin kendisinden kaynaklanan olumsuz nedenlerden dolayı çalışanlar stresli bir çalışma ortamında bulunmak zorunda kalabilirler. Bu hem bağlılıklarını, hem sağlıklarını hem de işlerin işleyişini olumsuz yönde etkileyebilir.

Quazi'nin daha genel sınıflandırmasına göre ise işte var olamama (2013: 9), iki farklı çalışan davranışı olarak karşımıza çıkmaktadır: (1) verimlilik azalmasıyla sonuçlanan hastalık, yaralanma, anksiyete gibi nedenlere rağmen işe gitme (hastalık kaynaklı işte var olamama), ve (2) gerçekten böyle bir ihtiyacı olmaksızın işyerinde uzun saatler çalışmayı tercih etme (hastalık kaynaklı olmayan işte var olamama). Bu sınıflandırmanın temel alınmasıyla işte var olamama, sağlık sorunlarından kaynaklanan ve sağlık sorunları dışında bireysel ve örgütsel faktörlerden kaynaklanan işte var olamama olarak iki grupta incelenmektedir.

1.2.1. Hastalık Kaynaklı İşte Var Olamama

İlk işte var olamama türü hastalık kaynaklı işte var olamama (sickness presenteeism), işte verimliliği azaltan sağlık ya da diğer fiziksel/ruhsal problemleri olmasına rağmen çalışanların işe gelmeleri durumudur.

Sağlıkla ilgili risk faktörlerinin artmasının hastalık kaynaklı işte var olamama ile ilişkili olması beklenir çünkü risk altındaki kişilerin iyileşme fırsatı engellenmiş olur. Yapılan çalışmalarda hastalık kaynaklı işte var olamamanın farklı meslek gruplarındaki görülme sıklığı, belirleyicileri ve verimlilik üzerindeki etkileri incelenmiştir. Fakat hastalık kaynaklı işte var olamamanın sağlık üzerindeki etkileri hakkında yapılan çalışmalar yetersiz kalmıştır. Konuyla ilgili yazarlar çok-boyutlu risk perspektifinden değerlendirme yaparak bireylerin sağlıkları ve mesleki riskler (gelecek kariyeri ve sosyal ilişkiler) arasında bir seçim yapmak durumunda kaldıklarına işaret etmektedirler. İş-kurum ilişkisi açısından bakıldığında, işe devamsızlık durumunda yerine bir başkasının işleri üstlenememesi hastalık kaynaklı işte var olamamayı artırmaktadır

(Aronsson ve Gustafsson, 2005: 958-959). Yapılan araştırmalarda hastalık kaynaklı işte var olamamanın çalışanlar arasında en yaygın işte var olamama türü olduğu ortaya çıkmıştır. Bu tür çalışan davranışları çıktılara, iş-yaşam kalitesine ve çalışan sağlığına zarar verir. İşe devamsızlığın aksine, çalışanlarda hastalık kaynaklı işte var olamama her zaman fark edilemez. alışmalara göre alerji/nezle, astım, diyabet, hipertansiyon, artrit, sırt, boyun ve omurga problemleri, migren, baş ağrısı işte var olamamaya neden olan en yaygın sağlık koşulları olarak belirtilmiştir. Ancak bu çalışmaların çoğu Batı toplumlarında yapıldığı için diğer bölgeler ve ülkelerdeki hastalık kaynaklı işte var olamamanın yaygınlık oranını tam olarak yansıtmamaktadır.

Brooks ve diğerleri (2010: 1056), işte var olamamayı, kişinin sağlık koşulları nedeniyle çalışmasında verimlilik azalması olarak tanımlamıştır. Bu sağlık koşulları; yaygın soğuk algınlığı ve kronik, diyabet, artrit ya da hassas bağırsak sendromu gibi daha ciddi hastalıklar, sağlık davranışları, riskleri ve akut ve minör sağlık problemleri ve hatta sağlıkla ilgili durumların yanında iş doyumunu, çalışan morali, iş tasarımı, bireysel motivasyon, değer duygusu, iş eğitimi, çalışma ortamı ve kültürü gibi diğer faktörler de çalışan performansını etkilemektedir.

Hasta olmalarına rağmen işe giden çalışanlar düşük verimlilik göstermelerinin yanı sıra hastalığın çalışma arkadaşlarına bulaşma olasılığı ile de karşı karşıya kalmaktadır. Çalıştığı işletmede tek bir çalışandan yayılan bir bulaşıcı hastalığın maliyeti hasta çalışanın işe gelmemesi durumunda ortaya çıkan direkt maliyetten birkaç kat daha yüksektir (Medibank, 2011: 6). Hastalık kaynaklı işte var olamama maliyetlerinin yüksek olması durumunda hastalık nedeniyle işe gelmeme azalmaktadır. Sağlık problemi olduğunu belirten katılımcılarda kişisel malî durum, işini başkasına devredememe ve zaman baskısı, hastalık kaynaklı işte var olamamanın güçlü belirleyicileri arasındadır (Johansen, 2012: 90).

Bu çalışmada hastalık kaynaklı işte var olamama kavramı ve bunun çalışanların verimliliği ve iş ile ilgili koşullar üzerindeki etkileri incelenmiştir.

1.2.2. Hastalık Kaynaklı Olmayan İşte Var Olamama

İşte var olamamanın ikinci türü ise hastalıkla kaynaklı olmayan (non-sickness presenteeism) ancak bazı hayat şartlarından dolayı (kişisel mali zorluklar, stres, algılanan işyeri baskıları, yasal ya da ailevi problemler) çalışanların işteyken kapasitenin altında performans göstermeleridir (Milano, 2005: 30). Hastalık kaynaklı olmayan işte var olamamanın gözlenip saptanması hastalık kaynaklı olana göre daha olasıdır. Çalışanların çalışma saatleri içinde verimliliklerinin azalmasına neden olan şey çalışma zamanlarını kişisel sorunlarını çözmekle geçirmeleridir. Çalışanlar, çocuklarının okulu ile ilgili sorunları, kendisinin ya da aile bireylerinin doktor randevuları ile ilgili ya da yaşlı aile büyüklerinin bakımını sağlamaya ilişkin kişisel konulara daha fazla odaklandıklarında işte var olamama sağlıklı çalışanları da etkileyebilmektedir. Çalışanların işyerinde haftalık olarak yaklaşık 2,5-5 saati kişisel sorunlarını çözmeye harcadığı belirtilmektedir (Quazi, 2013). Bazı çalışanlar diğer sorunlarından dolayı zaman kaybı yaşarken bazıları ise özellikle iş güvensizliği (işin tehlikede olması) nedeniyle gerekenden daha fazla çalışma eğilimi gösterebilmektedirler.

1.3. İşe Devamsızlık Sorununun Tanımı, Kapsamı ve Önemi

Sağlık sorunu ya da hastalık nedeniyle verimlilik kayıplarıyla sonuçlanan bir diğer sorun ise işe devamsızlıktır. Bazı durumlarda çalışanların işlerini işverenin beklediği kadar güvenilir bir şekilde yapamaması ya da isteksiz yapması durumu söz konusu olmaktadır. Sonuç olarak, kusurlu olan çalışanlara disiplin cezası uygulanabilmektedir ancak bu istenmeyen bir çözüm yolu olmaktadır. 19. yüzyılın sonlarında işe devamsızlığın, işverenler için önemli bir sorun haline geldiği görülmektedir (Treble ve Barmby, 2011: 1-8). İşe devamsızlık kavramı genel olarak çalışanların planlanmamış devamsızlıklarını ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu devamsızlıklar iki farklı kategoride incelenebilir (Verlag, 2009):

- *Geçerli devamsızlık*: Çalışanların hastalık ve yaralanma gibi kontrol dışı nedenlerden dolayı işe devamsızlık yapmalarını ifade etmektedir. Çalışma ilişkilerinde bu, disiplin cezaları ile iyileştirilemediği ya da çözülemediği anlamına gelmektedir.

- *Geçersiz devamsızlık*: Çalışanların kendi kontrolünde olan nedenlerle yetkileri olmadan işe devamsızlık yapmalarını ifade etmektedir. Örneğin, hasta olmamasına rağmen raporlu olan bir çalışan var ve bu çalışanın hasta olmadığı kanıtlanabiliyorsa bu durum, suç teşkil edebilmektedir. Çalışma ilişkilerinde bu, ileri disiplin cezasının uygulanabileceği anlamına gelir.

Daha detaylı bir şekilde sınıflandırarak açıklamak gerekirse;

- *Beyaz devamsızlık*: Bu devamsızlık türünde çalışan gerçekten hastadır, örneğin yüksek ateşi olabilir ya da bacağı kırılmış olabilir.
- *Gri devamsızlık*: Baş ağrısı, karın ağrısı ya da yorgunluk gibi psikolojik ya da psikosomatik hastalıklar gri devamsızlığa neden olabilir, çünkü bu tür durumlarda tanı konulması zordur.
- *Siyah devamsızlık*: Hasta olmayan çalışanın kendisinin hasta olduğunu bildirdiği durumlarda siyah devamsızlık ortaya çıkar. Siyah denilmesinin sebebi de genellikle illegal devamsızlığı çağrıştırmamasından dolayıdır.

Hangi durumların işe devamsızlık olduğu hakkında görüş birliği olmamakla birlikte yıllık izin ve tatiller dışında işe gelinmeyen (mazeret, hastalık vb.) günler, işe devamsızlık olarak sayılmaktadır (Eren, 1993). İşletmelerdeki devamsızlıkların devam çizelgeleri, tıbbi kayıtlar ve personel dosyalarından elde edilmesi yoluyla problemin boyutu belirlenerek önlemler alınabilir. İşe devamsızlık, çalışanın özürsüz olarak işe gelmemesi, hastalık nedeniyle rapor alması ve idari ya da mazeret izni alması şeklinde üç durumda ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de yaygın olarak yapılan devamsızlık türü ise hasta değilken rapor alınmasıdır (Örücü ve Kaplan, 2001: 97).

İşe devamsızlık, hem nesnel hem de kuramsal perspektifte önemli bir çalışma alanı olarak görülmektedir. Kuramsal olarak; işe gitmeyen çalışanların ne gibi ortak yönlerinin olduğu ifade edilirken, nesnel olarak; kurumlara mali yükü olan bir sorun olarak ele alınmaktadır. Çalışan işe gelmediğinde, yapılması gereken iş bitirilmeyebilir ya da daha az deneyimli çalışanlar tarafından yapılabilir (Jex, 2002: 126).

Devamsızlık, devamlılığın programlı olduğu veya beklendiği durumlarda işte bulunmamak olarak tanımlanmaktadır. Devamsızlıkların büyük çoğunluğu genellikle

hastalığa veya iş göremez durumda olmaya atfedilse de çalışanları devamsızlığa yöneltten başka gerekçeler de olabilir. Hangi derecedeki hastalıklar çalışanların devamsızlık yapması için haklı bir gerekçe olabileceğini, aynı zamanda işverenin de bu görüşe katılıp katılmadığını ve özellikle de ekonomik durgunluk dönemlerinde işverenlerin devamlılığı ne şekilde teşvik ettiğini belirlemek için devamsızlığa veya devam etmeye yol açan baskıların göz önüne alınması önemli olmaktadır. Devamsızlıkların cezalandırılması yerine sağlığın ve devamlılığın teşvik edilmesi büyüyen bir politika meselesi haline gelmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (Organisation for Economic Co-operation and Development) yakın zamanda yapmış olduğu çalışmalarda, maluliyet ve hastalık yardımları maliyetlerinin işsizlik maliyetlerinin 2,5 katı olduğu ve söz konusu maliyetlerin artmakta olduğu tahmin edilmektedir (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 1).

İşe devamsızlık, yıllık izin ve resmi tatiller haricinde planlanmış işe gelmeyen gün sayısı olarak ifade edilebilir. Devamsızlık oranı belirli bir dönemde kaybedilen işgücü saatlerinin toplamının planlanan toplam işgücü saatlerine oranlanmasıyla elde edilir (Geylan, 2004: 122-123):

$$\text{Devamsızlık Oranı} = (\text{Kaybedilen Toplam İşgücü Saati} / \text{Planlanan Toplam İşgücü Saati}) \times 100$$

Gün üzerinden hesaplanacak olursa (Yalçın, 1988: 67):

$$\text{Devamsızlık Oranı} = \text{Devam Edilmeyen Gün Sayısı} / (\text{Çalışılan Gün Sayısı} + \text{Devamsız Gün Sayısı})$$

şeklinde hesaplanabilir.

İşe devamsızlık, bazı yazarlar tarafından iş tatminsizliği ve düşük örgütsel bağlılığın bir sonucu olarak ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Jex, 2002: 154).

Sağlık çalışanları arasında işe devamsızlık, özellikle diğer sektördeki çalışanlarla kıyaslandığında önemli bir sorun olduğu görülmektedir ve yüksek işe devamsızlık oranları sağlık harcamaları, çalışanlar ve hastalar açısından sağlık kurumlarını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Kanada'da hizmet sunan Kingston General Hospital'da

çalışan sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada devamsızlıkların büyük bir kısmı, hastalık ve yaralanma nedeniyle yapıldığı, en yaygın hastalıkların ise solunum sistemi, gastrointestinal hastalıkları ve kas-iskelet sistemi yaralanmaları/bozuklukları olduğu tespit edilmiştir (Donovan, 2006).

Kanada'da yıllık olarak 16 milyondan fazla bakım saati, yaralanma ve hastalık nedeniyle kaybedilmektedir. Bu da, yaklaşık olarak her yıl 9000 tam zamanlı hemşirelik pozisyonunun kaybedilmesi anlamına gelmektedir. Özellikle hemşire eksikliğinin olması nedeniyle yüksek işe devamsızlık ve hastalık oranları bakım kalitesini etkilemektedir (Registered Nurses' Association of Ontario, 2008: 19).

Günümüzde, Hindistan'daki işletmeler devamsızlığı kontrol etme konusu ile ciddi anlamda ilgilenmektedir. Grev ve lokavta ilişkin önlemler büyük bir ilgi görmüştür. Bu durumun tek nedeni devamsızlıklar dikkate alınmadığında grev ve lokavtların daha gürültülü ve görünür olmasıdır. Örgütsel etkililiği ve verimliliği artırmak için karşılaşılan en önemli zorluklardan birisi olan işe devamsızlıkların yönetimi ve insan kaynakları açısından anlaşılması oldukça önemlidir (Mani ve Jaisingh, 2014: 16).

Avrupa'da ortalama devamsızlık oranları çalışma zamanının %3 ile %6'sı arasında olup, bunun maliyetinin Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla'nın yaklaşık %2,5'ini teşkil ettiği tahmin edilmektedir. Bazı ülkeler maliyetleri kontrol etmeye çalışırken, diğerleri sağlık ve refaha odaklanmaktadır. Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı'nın işe devamsızlığın kapsamını ve bununla mücadele etmek üzere geliştirilmiş politikaların değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada iki temel bulgu ortaya konulmuştur. Birincisi devamsızlığın kapsamı, sebepleri ve maliyetlerine ilişkin bilgilerin sınırlı olması, ikincisi ise, bunun yönetimi ve kontrolüyle ilgili politikadaki değişimdir. Devamsızlığa ilişkin veriler bazı ülkelerde çok nadir olup, diğerlerinde eksiktir. Bunun yanı sıra tanımlar ile ölçüm yöntemlerinin farklı olması uluslararası düzeyde kıyaslamayı güçleştirmektedir. Devamsızlık oranında genel bir eğilim olduğu gözlenmemekle beraber, son ekonomik gerileme ile bir düşme etkisi olabileceği tahmin edilmektedir (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010).

1.4. İşe Devamsızlık Sorununun Türleri

İşe devamsızlık, daha önceden planlanmış çalışmalara çalışanların gelmemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, devamsızlığı diğer işe gelmeme türlerinden (resmi tatiller ve yıllık izin) ayırmaktadır (Mani ve Jaisingh, 2014: 16). İşe devamsızlığın pek çok türü vardır. Yıllık izin gibi işe devamsızlıkların hem kuruma hem de çalışana fayda sağladığı düşünülmektedir. Çünkü yıllık izin daha önceden planlandığı için kurum olası olumsuz etkilerine hazırlıklıdır. Hastalık ve aile ile ilgili diğer devamsızlıklar ise genellikle ani ve kaçınılmaz olmaktadır ve kurum her zaman hazırlıklı değildir. Genel olarak bu konuda yapılan çalışmalarda planlanmamış işe devamsızlıklar, mazeretsiz işe devamsızlık (unexcused/voluntary absenteeism) ve mazeretli işe devamsızlık (excused/involuntary absenteeism) olarak iki kategoride incelenmiştir (Jex, 2002: 126, 155; Mani ve Jaisingh, 2014: 16).

Devamsızlığa ilişkin en yaygın gerekçeler sağlık sorunları olmakla beraber, bazı ülkelerde monotonluk ve işe bağlı stres gibi daha kapsamlı hususların da bahsi geçmektedir. Kas iskelet sorunları ile solunum rahatsızlıkları en yaygın iki gerekçeyi teşkil etmekte, bunun yanı sıra sırt ağrısı ve tekrarlayan incinme ağrıları da en yaygın sebepler arasındadır. Ancak, sadece devamsızlığın gerekçelerini bilmek kişileri bu gibi sorunları işten izin almak için yeterli sebep görmeye iten sosyal bağlam hakkında pek fazla bilgi vermemektedir. Çalışanın işverene bağlılığı, devamsızlığın sosyal maliyetleri, işe devam etme baskısı, hastalık ücreti düzenlemeleri ve sağlık teşvik planları gibi faktörlerin tümü bu gibi kararları etkilemektedir (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 1).

1.4.1. Mazeretsiz İşe Devamsızlık (Unexcused/Voluntary Absenteeism)

Çalışanın, kendisinden sorumlu olan yöneticisine mazeret bildirmeksizin işine gitmemesi ya da kabul edilebilir bir mazeretinin olmadığı halde işine gitmemesi durumları mazeretsiz devamsızlıklar kapsamında yer almaktadır (Jex, 2002: 126, 155).

New Orleans'ta bir üniversitede çalışanlar üzerinde yapılan araştırmada ise çalışanların çalışma saatleri içinde günde 2,17 saati kişisel işlerine ayırdığı saptanmıştır. Bu kişisel işlerin türleri araştırıldığında ise; %25 doktor randevuları, %19 banka işleri, %17 araç

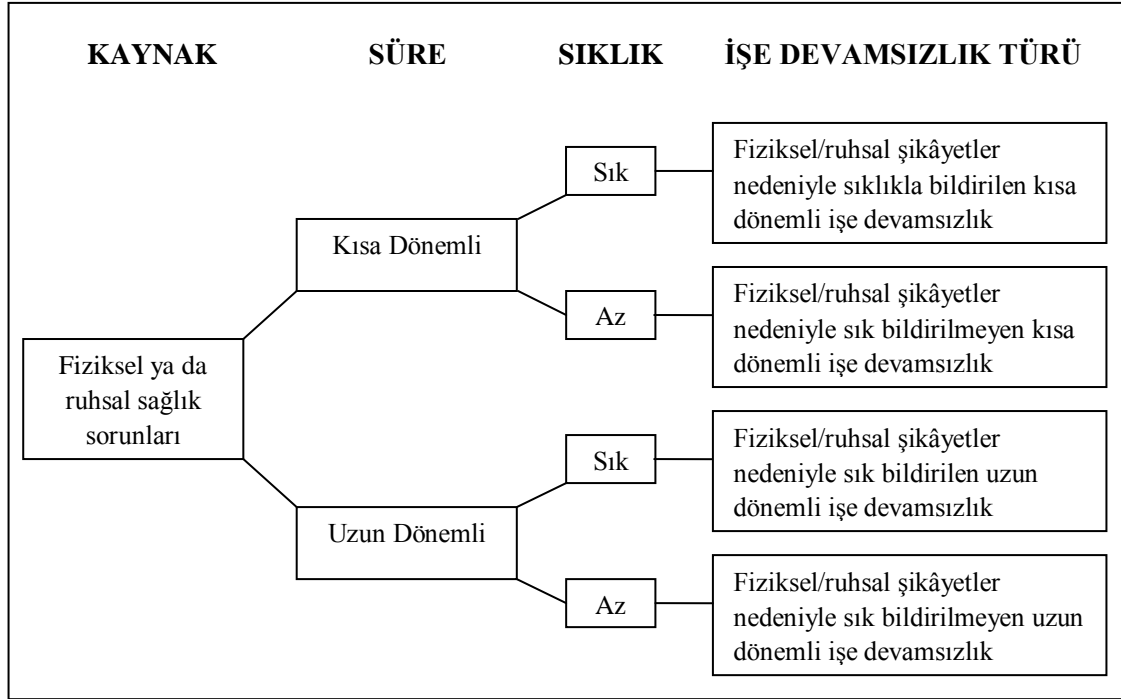
alım-satım/tamir, %7 çocuk bakımı, %7 öğretmen görüşmeleri, %5 ev ile ilgili sorunlar olduğu görülmüştür (Prater ve Smith, 2011: 990). Kişi, yüksek iş tatminsizliğine tepki olarak devamsızlık yapma eğiliminde olabilir (Jex, 2002: 126).

Farklı değişkenlerden etkilenen farklı devamsızlık türleri olduğu için devamsızlık konusunun önemli olmasına ilişkin ayırt edici nedenler bulunmaktadır. Örneğin Kohler ve Mathieu (1993) otobüs sürücüleri arasından seçilen bir örneklemede yedi farklı devamsızlık türünü incelemiştir. Örneğin, iş dışı zorunluluklar (çocuk bakımı, ulaşım problemleri gibi) nedeniyle yapılan devamsızlıkların iş, rol çatışması, rol belirsizliği ve bedensel gerginlik hissi gibi dış faktörler tatminsizliği ile ilişkili en güçlü neden olduğu bulunmuştur. Diğer yandan stres reaksiyonlarına bağlı devamsızlıklar da yaygın bir şekilde görülmektedir (Jex, 2002: 155).

1.4.2. Mazeretli İşe Devamsızlık (Excused/Involuntary Absenteeism)

Genellikle sağlık sorunları gibi kabul edilebilir olarak görülen durumlar nedeniyle yapılan devamsızlıklardır. Mazeretsiz devamsızlıklarla kıyaslandığında bu devamsızlık türü kişinin kontrolü dışında gelişen durumlar karşısında gösterdiği bir davranıştır. Kişinin sağlık sorunu ya da gitmesi gereken cenaze töreninin olması gibi beklenmeyen durumlarda mazeretli olmaktadır (Jex, 2002: 126, 155).

Hastalık nedeniyle işe gelememe (sickness absenteeism) ise, sadece hastalık ve sağlık sorunları nedeniyle çalışanların işe gelememe durumunu ifade eder (Weyman ve diğerleri, 2013: 4). Bu işe devamsızlık türünü kısa dönemli ve uzun dönemli devamsızlık olarak ikiye ayırmak mümkün olmaktadır. Çalışanın hastalığı ya da işgöremezliği yedi günden daha az sürdüğünde kısa dönemli, yedi günden daha fazla sürdüğünde ise uzun dönemli işe devamsızlık olarak adlandırılır. Devamsızlığın süresi ve sıklığının bildirilmesi verilen işe devamsızlık oranına göre işe devamsızlık türünü açıklamaya yardımcı olması açısından önemlidir. Soğuk algınlığı ya da nezle gibi kısa dönemli işe devamsızlık sıklığı kısa süren ve sıklıkla bildirilen özelliği varken, düşük bildirme oranları ve uzun süren devamsızlıklar da tam tersine daha ciddi sağlık problemleri olduğunun göstergesidir. Sağlık şikâyetleri ile işe devamsızlıkların sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren Şekil 3'te farklı sağlık sorunlarının farklı işe devamsızlık türlerini ortaya çıkardığı ifade edilmektedir (Aalbers, 2013: 13).



Şekil 3. Hastalık Nedeniyle İşe Devamsızlık Türleri

2014 yılında İngiltere’de yapılan çalışmada, çalışan nüfus genelinde hastalık nedeniyle 1993 yılında çalışan başına 7,2 gün devamsızlık yapılırken 2013 yılında 4,4 gün hastalık ya da yaralanma nedeniyle devamsızlık yapılmıştır. Çalışan nüfusta hastalık nedeniyle işe gelememe durumunun en sık karşılaşılan biçimi minör sorunlar sebebiyle kısa dönemli işe gelememelerdir. Hastalık nedeniyle işe gelememenin bu şekli yaşlılara göre genç çalışanlar arasında daha yaygındır. Ancak, işe gelmeyen toplam gün sayısı bakımından tüm işe gelmeme nedenlerinin dörtte birini oluşturan kas-iskelet problemleri en önemlisidir. Ruhsal sağlık problemleri ise yaklaşık olarak beşte biridir. 16-34 yaş aralığındaki çalışanlar çalışma günlerinin yaklaşık %1,5’inde işe gelmezken 50-64 yaş aralığındakiler ise yaklaşık %2,4’inde işe gelmemiştir (ONS, 2014: 2). Yaşlı çalışanların işe gelmedikleri gün sayısı genç çalışanlara göre biraz daha fazla ve uzun olabilir (Health and Safety Executive, 2005). Daha ciddi sağlık sorunları olan daha yaşlı çalışanların ise artık çalışamaması dahi muhtemeldir. Bununla birlikte hastalık nedeniyle işe gelememe verileri yaşlı bireylerde sağlık sorunlarını tam olarak temsil edememektedir (Weyman ve diğerleri, 2013: 47-48).

Hastalık ya da işgöremezlik nedeniyle kaybedilen işgünleri yaşla birlikte artmaktadır. Kanada’da 15-19 yaş aralığındaki çalışanlar ortalama 5,1 gün işe devamsızlık yaparken

55-64 yaş aralığında 11,5 gün yapıldığı görülmektedir. Ayrıca kurumun özel ve kamu sektörüne ait olup olmamasına göre de değişkenlik göstermektedir. 2011 yılında kamu sektöründe çalışan tam zamanlı işgörenlerin (12,9 gün) kişisel nedenlere bağlı işgücü kaybının özel sektör çalışanlarından (8,2 gün) daha fazla olduğu, en fazla işgünü kaybının olduğu sektörlerin ise sağlık hizmetleri ve sosyal yardım (14,0 gün), kamu yönetimi (12,8 gün) ve ulaşım ve mağazacılık (12,3 gün) olduğu bulunmuştur. Meslek gruplarına göre bakıldığında ise 2011 yılında en fazla işgünü kaybı sağlık hizmetleri sunucularında (14,1) ve üretime yönelik olan meslek gruplarında (10,8) yaşanmıştır. Sendikalı sürekli işlerde çalışanlar (9,6) geçici çalışanlara (7,0) göre daha fazla devamsızlık yapmıştır. Sağlık sektöründe ise 2011 yılında hekimler 6,0 gün, hemşireler 15,8 gün, teknik personel 13,0 gün ve destek personeli 16,6 gün devamsızlık yapmıştır. Görev süresi arttıkça devamsızlıklar da artmaktadır. Görev süresi 1 yıl kadar olan çalışanların ortalama 6,2 gün devamsızlık yaptığı görülürken görev süresi 14 yıl ve üzerinde olanlar 11,7 gün devamsızlık yaptığı görülmüştür. Ayrıca okul öncesi (5 yaş altı) çocuk sahibi olan çalışanlar 9,4 gün, 5-12 yaş aralığında çocuğu olanlar 9,1 gün, 13 yaş ve üzerinde çocuğu olanlar 9,7 gün ve çocuğu olmayan çalışanlar 9,2 gün devamsızlık yapmıştır (Statistics Canada, 2012: 4).

Devamsızlığın sıklığı ve süresi verimlilikte düşümlere sebep olduğu için işletmelere mali yükü önemli boyutlarda olmaktadır. Bu nedenle insan kaynakları açısından stratejik planlama yapılması gereklidir. Aksi takdirde işteki personelin iş yükü artarken motivasyonu ve verimliliği düşmeye başlar dolayısıyla hizmetlerde aksaklıklar meydana gelebilir.

1.5. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Arasındaki İlişki

İşletmeler çalışanların ne kadar sıklıkla işte olmadığını ve maliyetle olan ilişkisini kolay ölçebildikleri için uzun süredir işe devamsızlık üzerinde çalışmaktadır. İşletmeler hastalık ödeneği, maaş, çalışan tazminatı, kısa ve uzun dönemli işgöremezlik ve aile ya da tıbbi izin ile ilişkili gerçek maliyetleri öğrenmek istedikleri için geçmişte işe devamsızlığa odaklanmıştır. İşe devamsızlık hala önemli olmakla birlikte araştırmacılar artık işte var olamamanın işletmeye daha maliyetli olduğunu öne sürmektedir (Willingham, 2008: 11). Çalışanlara ait toplam sağlık harcamalarını azaltmaya çalışan

işverenler ise işte var olamamayı, işe devamsızlık maliyetlerinin (iş göremezlik ödeneği ve rapor gibi) yakın ilişki içinde olan bir türü olarak görmektedir (Ceniceros, 2003: 4).

İşe devamsızlık uzun yılladır birçok işverenin üzerinde durduğu yüksek maliyetli bir sorun olmanın yanı sıra sağlıklı bir kurumun en yaygın ölçülen göstergelerinden biridir. Sağlık ve verimlilik yönetiminin gelişen alanında, işe devamsızlığı azaltmak için tasarlanan pek çok sağlık ve sağlıklı yaşam programları bulunmaktadır. Ancak çalışan sağlığı, çalışma-yaşam kalitesi ve işyeri verimliliği arasındaki ilişkilere bakıldığında işe devamsızlık konusuna çekilen ilginin ne yazık ki yetersiz olduğu görülmektedir. Bu da büyük ölçüde işyerinde çalışmakta olan kişilerin her zaman verimli olması gerektiği şeklindeki hatalı varsayımdan kaynaklanmaktadır (Lowe, 2002).

MacGregor ve arkadaşları (2008), çalışanların hastalık nedeniyle işe gelmemeyi hastalık kaynaklı işte var olamamayı tercih etmelerinden dolayı işte var olamamanın sürekli bir artış gösterdiğini öne sürmektedirler. Bu nedenle bu yazarlar, toplam hasta gün sayısının hastalık kaynaklı işe devamsızlık ve işte var olamama günlerinin toplamı olarak ifade edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

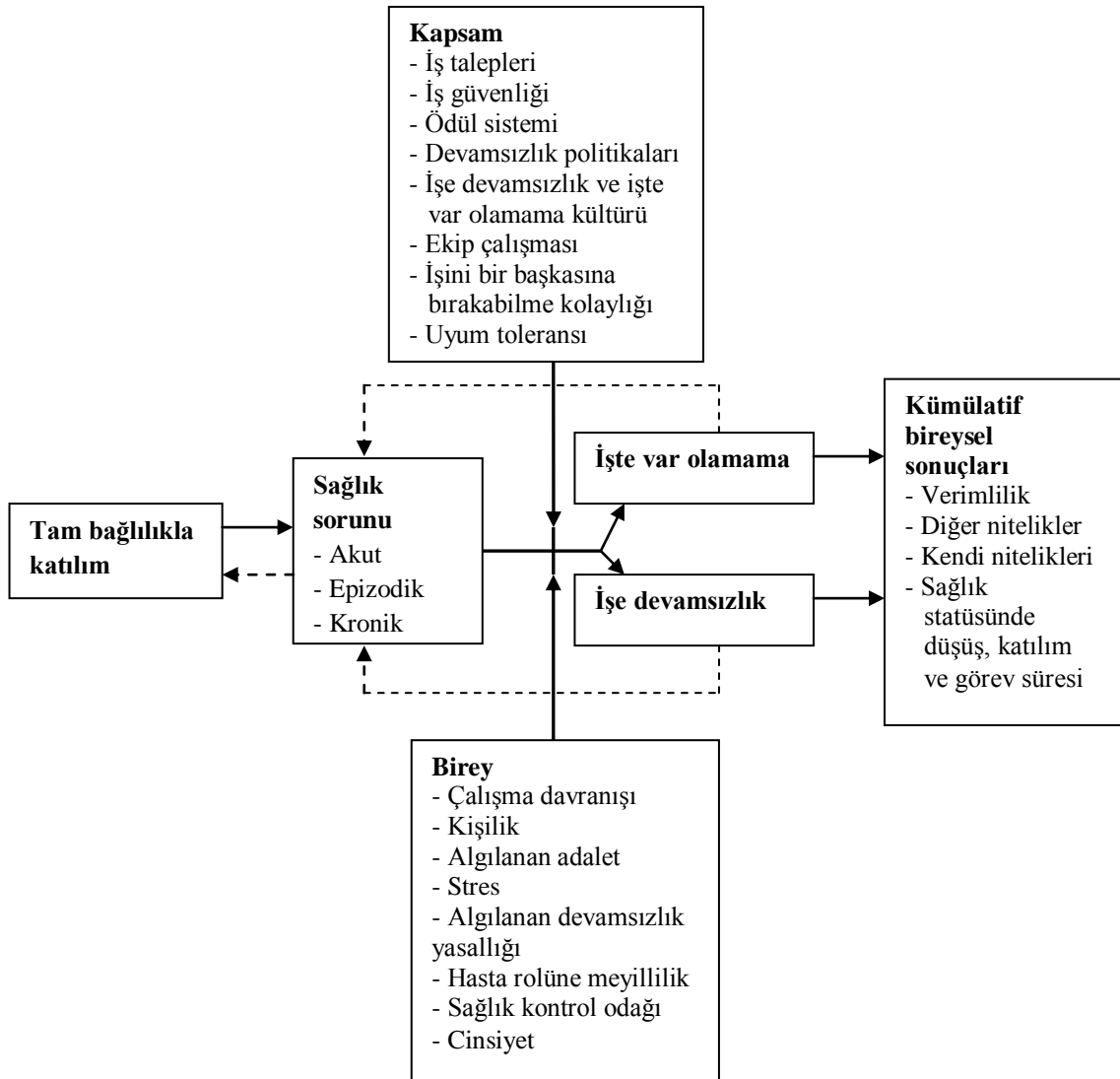
Önlenebilir ve planlanmamış olan devamsızlıklar, çalışanların işverenleri ve çalışma arkadaşları için sorun kaynağı olarak görülmektedir. İşgücü Anketi (The Labor Force Survey-LFS) kişisel nedenler (yani hastalık ya da işgöremezlik ve kişisel ya da ailesel sorumluluklar) sebebiyle zaman kaybını ölçebilmektedir. Ancak bu kategoriler içinde devamsızlığın önlenebilir ya da planlanmamış olup olmadığını belirlemek mümkün değildir. Ancak kişisel nedenlere ilişkin devamsızlıklar hakkında LFS verileri işe devamsızlığın etkilerini gösteren eğilimleri belirlemek için analiz edilebilir (Statistics Canada, 2012: 1).

İşe devamsızlığın aksine işte var olamama çalışanların işte ancak tam anlamıyla çalışmadıkları zaman ortaya çıkar. Kişisel sorunları ya da fiziksel-ruhsal rahatsızlıkları olan çalışanın izin alması örgüt kültürü ve politikalarına bağlıdır. Çalışanlar devamsızlık yapmayı gerektirecek zorunlu haller haricinde esneklik tanınması halinde işlerine devam etmektedir. Hatta pek çok çalışan izin alması gerektiği halde ağır işyükü ve personel eksikliği gibi nedenlerden dolayı işe gelmek durumunda kalmaktadır. Özellikle bu sorunun daha çok yaşandığı hastanelerde çalışanlar işini bir başka çalışana

devredememe güçlüğü nedeniyle devamsızlık yapmak yerine işe gelip daha düşük performans gösterme eğiliminde olmaktadır. İşe gelen ancak olması gerekenden daha düşük performans gösteren bir çalışanın verimliliğini ölçmek çok güçtür. İşe devamsızlık işte var olamamaya göre daha belirgindir ve işletmeler için endirekt maliyettir. Çalışanın işte olmaması halinde verimlilik söz konusu değildir ve bu durumun kuruma maliyeti %100'dür. İşte var olamama ise mesleğe, kişiye, yaşa, çocuk sayısına, gelire, sağlık durumlarına göre değişkenlik gösteren ve ne zaman ortaya çıkacağı belirsiz olan bir sorundur. Bu nedenle bir işgününün kaç saatini verimsiz geçirdiğini saptamak çok zor olmaktadır.

Kanada'da azalan verimlilik ve işe devamsızlık nedeniyle işletmelerin her yıl milyarlarca dolar kaybı olmaktadır. 2004 yılında işgöremezlik ya da kişisel nedenlerle çalışan başına ortalama 7,5 gün kaybedilmiştir. 1997'de 6,2 olan gün sayısı 2011 yılında ise ortalama 9,3 gün olarak saptanmıştır. Yıllara göre artış gösterme eğiliminde olan bu 9,3 günlük devamsızlığın 7,7 gününün hastalık ya da işgöremezlik nedeniyle 1,6 gününün ise kişisel ya da aile sorumlulukları nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Çalışma koşullarına dair faktörler fiziksel çevre, işe ilişkin stres düzeyi, işveren-çalışan ilişkileri, toplu iş sözleşmesi hükümleri ve çalışma programları; çalışanların yeterliliği ve alım gücüne dair faktörler; aile durumu, özellikle okul öncesi çocukların ya da bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinin olması; çalışanın fiziksel sağlığına dair faktörler ise daha çok kişinin yaşı ile yakından ilişkilidir (Statistics Canada, 2012: 6).

Şekil 4'te gösterilen model, tam anlamıyla verimli ve düzenli katılımın ya akut (grip), ya epizodik (migren) ya da kronik (diyabet başlangıcı) "*sağlık sorunu*" tarafından engellendiğini varsaymaktadır. Sağlık sorunu belirlendikten sonra işe devamsızlık ve işte var olamama arasındaki seçimi etkileyen iş kapsamındaki faktörler (iş güvenliği, ödül sistemi, ekip çalışmasına uyum, örgüt politikaları) ve kişisel faktörler (davranış, kişilik, cinsiyet) oluşturulur. Şekil 4, kronik ve epizodik sağlık sorunlarını takip eden bireysel faktörlerin kümülatif sonuçlarına daha fazla odaklanmaktadır (Johns, 2010: 531-533).



Şekil 4. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık: Dinamik bir model

Hastalık nedeniyle işe gelememe ile karşılaştırıldığında, hastalık kaynaklı işte var olamamanın kanıtlanma düzeyi daha düşük kalmaktadır. Hastalığa rağmen çalışmak, psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık ve sosyal etkileşim açısından bireye olumsuz sonuçlar yaratırken (sağlık sorunlarını artırma ve iş stresinin yükselmesi) işverene (verimlilikte azalmalar) mali yük getirmektedir (Johns, 2010: 532).

1.6. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Sorunlarına Neden Olan Faktörler

Çalışmak kimi bireyler için psikolojik ve fiziksel sağlığında olumlu etkiler göstererek benlik saygısı ve sosyal bağlılık sağlarken, kimi bireyler için ise sağlık ve psikolojik iyilik halinde olumsuz sonuçlar göstererek istenmeyen bir yüke ve stres kaynağına neden olmaktadır (Weyman ve diğerleri, 2013: 44-45). İnsan doğasını olumsuz bir şekilde etkileyen pek çok faktör işte var olamamayı doğuran nedenler arasında görülmektedir. Genel olarak sağlık sorunları ile örgütsel ve işe ilişkin faktörler çalışanlarda işte var olamama sorununa neden olan faktörler olarak görülmektedir. Sağlık sorunları, sağlık risk faktörlerini, yaşlanan işgücünü ve bağımlı bakım sorunlarını (aile büyükleri, çocuk gibi bakımından sorumlu olduğu kişilerin olması) içeren hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarını kapsar. Örgütsel ve işe ilişkin sorunlar ise genel olarak algılanan iş baskısı ile gelir ya da işi kaybetme korkusu gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu faktörlerin yanında sağlığa, işe ve aileye ilişkin stresin verimlilik üzerindeki etkisi de tartışılmaktadır (Lack, 2011: 80). İşte var olamamanın gerekçeleri arasında müşterilere veya iş arkadaşlarına karşı görev bilinci bulunmakta olup, Almanya'da işte var olamamanın küçük şirketlerde daha yaygın olabileceği ortaya konulmuştur. Çek Cumhuriyeti'nde yapılan araştırma dışında, korku veya devamlılık baskısı, dikkate değer bir gerekçe olarak görülmemiştir. Birleşik Krallık'ta yapılan araştırmalar işte var olamama maliyetlerinin devamsızlık maliyetlerinden fazla olabileceğini ortaya koymaktadır. Bunun etkilerine ilişkin pek az çalışma bulunmaktadır (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 1-2).

İşte var olamama ile ilgili çalışmalar yeni olmasına rağmen yeni bir örgütsel sorun değildir. Literatürde işte var olamamanın nedenleri hakkında çok çeşitli teoriler yer almaktadır (Klachefsky, 2012: 1). İş güvensizliği, mali sorunlar, çalışma ortamı, zaman baskısı, yetkin personel eksikliği, yetersiz personel sayısı gibi nedenler de çalışanların verimliliklerini düşüren nedenler arasındadır (Quazi, 2013). Bunların yanında izin/rapor alınması durumunda işini bir başkasının yapıp-yapamama durumu, ekip çalışması, çalışma arkadaşları ile olan ilişkilerden etkilenmekte ve çalışanın mesleğine göre de değişkenlik göstermektedir (Johns, 2010). Singapur'da çalışanların hasta olmalarına rağmen çalıştıkları son üç aylık zaman dilimine ilişkin verdikleri yanıtlar sonucunda baş

ağrısı, grip, öksürük, ateş ve mide problemleri ilk beş sağlık sorunu olarak saptanmıştır. Katılımcıların yanıtlarına göre hasta olmalarına rağmen işe gitmelerinin ilk beş nedeni işe bağlılıkları (%35), hastalığın çok ciddi olmaması (%28), son teslim tarihlerine uyma gerekliliği (%27), çalışmalarını bitirememesi endişeleri (%23) ve işlerin büyük bir kısmı tamamlanmadan izne çıkamama (%15) olarak saptanmıştır. Bunların yanında katılımcıların hasta olmalarına rağmen işe geldiklerinde karşı karşıya kaldıkları zorluklar ise gürültülü ortamda çalışma (%1,39), gerektiği kadar başarılı olamamak (%1,37), konsantrasyon eksikliği (%1,37) ve sağlıklı düşünememe (%1,34) şeklinde belirlenmiştir (Quazi, 2013: 98-99).

İşte var olamamaya neden olan etkenler arasında sayılan cinsiyet, medeni durum, yaş, okul öncesi çocuk sayısı, iş tatmini, motivasyon, gelir, çalışma koşulları, sorumluluk, işin kalitesi ve terfi fırsatları gibi değişkenler de devamsızlığa etki eden faktörler arasındadır (Verlag, 2009). “Kişisel sağlık ya da işgöremezlik” ve “kişisel sorunlar ya da ailevi sorumluluklar” işe devamsızlığın nedenleri arasında görülmektedir. Kişisel sorunlar çocukların bakımı, yaşlı büyüklerin bakımı ve diğer sorumluluklar gibi sorunlardan oluşurken tam zamanlı çalışanların işe devamsızlığının bu tür nedenlerinden dolayı yaptıkları devamsızlık 2011 yılında toplam devamsızlıkların %28’ini, yıllık izinler %40’ını, resmi tatiller %12’sini, doğum/ebeveyn izni %12’sini ve diğer nedenler ise %7’sini oluşturmaktadır (Statistics Canada, 2012: 1-5).

Sağlığın devamsızlık üzerindeki etkilerinin de önemli boyutlarda olduğu görülmektedir. İşe devamsızlığın nedenleri beş ana kategoride incelenmiştir. En yaygın nedeni kişisel hastalıklar (%34) olmak üzere bunu ailevi sorunlar (%22), kişisel ihtiyaçlar (%18), yetki verme anlayışı (%13) ve stres (%13) nedenleri takip etmektedir. Bir kişinin hasta olma ya da stresli hissetme ihtimali yaşam tarzına dayanan genel sağlık riskleri ile ilişkili olduğu için bu sağlık risklerinin birçok devamsızlıklardan büyük ölçüde sorumlu olduğunu varsaymak mantıklı olacaktır (Chenoweth, 2011: 3).

Bir yazılım şirketi olan Commerce Clearing House’ın 2006 yılında yaptığı araştırmaya göre, yaklaşık işe gelmeyen üç çalışandan ikisinin fiziksel olarak hasta olmadığı tespit edilmiştir. Planlanmayan devamsızlıkların yalnızca %35’i hastalık nedeniyle yapılmışken %65’i ailevi sorunlar (%24), bireysel ihtiyaçlar (%18), stres (%12) ve izin alma hakkını kullanma zihniyeti (%11) gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Planlanmamış devamsızlıkların yıllık maliyetinin ise 850.000\$ olduğu tahmin edilmektedir (CCH, 2006). Parboteeah ve arkadaşları (2005), 24 ülkeden çıktıkları bir örnekleme milli kültür ve devamsızlık arasındaki ilişkiyi incelediklerinde bazı kültürel hususların, işe devamsızlıkla ya negatif ya da pozitif ilişki gösterdiğini ve devamsızlık davranışının kültürler arasında farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir.

İşte var olamama sağlık koşullarını kötüleştirebilir, çalışma stresini yükseltebilir ve bu nedenle verimlilik ve performans üzerinde olumsuz etkileri olur. Verimlilikte yaşanan düşüşler hem sağlık hem de işletme perspektifinden ele alınması gereken önemli bir konu haline gelmiştir. Bu düşüşleri engelleyecek stratejiler geliştirmek amacıyla öncelikle bu sorunun altında yatan temel nedenleri incelemek gerekmektedir. Literatür incelemesi sonucunda çalışanların işe devamsızlıklarına ya da hasta olmalarına rağmen işe gelmelerine neden olan faktörlerin bireysel, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ve örgütsel faktörlerden oluştuğu görülmüş olup aşağıdaki bölümde bu faktörler incelenecektir.

1.6.1. Bireysel Faktörler

İşte verimlilik kaybının nedenleri her zaman sağlık ya da hastalık kaynaklı değildir. Kişisel faktörler arasında sayılan bazı psikolojik faktörlerin işte var olamama ve işe devamsızlık üzerinde etkileri olmaktadır. Çoğu zaman çalışanlar, sağlık durumları ve meslekî gelecekleri (kariyer ve sosyal ilişkiler) arasında risk seçimi yapmak durumunda kalmaktadır (Aronsson ve Gustafsson, 2005: 959). Çünkü ya sağlıklarını tercih edip işlerinden geri kalacaklar, olası yükselme fırsatlarını kaçıracak ve belki de işlerini kaybedecek ya da kariyerleri tercih edip sağlıklarının daha da kötüleşmesini göze alacaklardır. Diğer kişisel faktörler ise aşırı bağımlılık (hayır diyememe), çocuk bakımı ile ilgili sorunlar, bakmakla yükümlü olunan aile bireyleri, mali kaygılar ve işe devamsızlığa karşı muhafazakâr tutumlar olarak sıralanabilir. Prater ve Smith (2011: 989-990), çalışanların hastayken işe gitme nedenlerinin sırasıyla mali zorunluluklar, görev bilinci, iş arkadaşlarına fazla görev yüklemek istememe, iş yükü, son teslim tarihleri, daha önceden planlanmış toplantılar/görüşmeler, iş kaybetme korkusu, işini başkasının yapamaması ve kurum kültürü olduğunu göstermiştir. Genel olarak ana başlıklarına değinilen temel bireysel faktörlere aşağıda ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Hastalık, aile bireylerine karşı sorumluluklar, uykusuzluk, işe gitme isteğinin olmaması,

iş tatminsizliği gibi nedenler çalışanların işe devamsızlık yapmalarına yol açabilmektedir.

1.6.1.1. Kişisel Mali Sorunlar

Modern çağda kişisel finansal zorlukların düşük maaşlara karşılık harcama kontrolsüzlüğü ya da yüksek sağlık harcamaları gibi pek çok nedeni olabilir. Bunun sonucu olarak bireylerin hem iş hem de aile hayatında sorunlar ve sağlıksız yaşam tarzı olarak ortaya çıkabilen iki farklı etkisi görülebilir (Weyman ve diğerleri, 2013: 4). Çalışanların çoğunluğu rapor almaları durumunda maaşlarında kesintiler olması sebebiyle izin ya da rapor almaktan kaçınmaktadır. Aronsson ve Gustafsson (2005: 959) da kişinin mali koşullarının işte var olamama açısından önemli olduğunu vurgulamıştır. Danimarka'da tüm çalışanların hastalıklarının ilk gününden itibaren hastalık ödeneği alma hakları vardır (Hansen ve Andersen, 2008: 958).

Garman ve arkadaşları (1996), çalışanların mali sıkıntılar yaşamasına bağlı olarak performanslarını etkileyebilecek bazı olası davranışlar sergilediklerini öne sürmüştür. Buna göre, mali sıkıntıları olan çalışanlar sıklıkla işe devamsızlık, işe odaklanamama, uzun mola verme ve mali stresleri ile ilgili sorunları çalışma arkadaşlarıyla tartışma gibi birtakım davranışlar göstermektedir. CIO Insight'ın yaptığı bir çalışmaya göre, katılımcıların %61'i mali durumu hakkında stres yaşadığını ve kişisel mali sorunu olduğunu belirten katılımcıların %29'unun ise işte oyalandığı saptanmıştır (Prater ve Smith, 2011).

Pfeifer (2010), maaş düzeyleri, çalışma arkadaşlarına kıyasla göreceli maaş ve işletme hiyerarşisindeki konumun çalışanın işe devamsızlık davranışını etkilediğini saptamıştır. Pfeifer'in Almanya'da bir şirkette çalışanların aylık maaş ve işe devamsızlıkları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, daha yüksek maaşı, daha yüksek maaşı ve daha yüksek hiyerarşik seviyesi olan çalışanların daha az işe devamsızlık yaptıklarına ilişkin kanıtlar elde etmiştir.

1.6.1.2. İş-Yaşam Dengesi ve Ailevî Sorunlar

Psikolojik olarak sağlıklı çalışma ortamları oluşturabilmek için çalışanların hem iş hem de yaşam kalitelerinin iyileştirilmiş olması gerekmektedir. Bu durumda en önemli

güçlük, hastanede hem hastalara hem de dış faktörlere odaklanmaktan çalışanlarının iş ortamlarını göz ardı edebilen tepe yöneticilerinin tutumlarında ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık çalışma ortamlarının çalışanlara yönelik olarak iyileştirilmesiyle çıktılarının ne derece olumlu bir şekilde etkilenebileceği gösterilirse yöneticileri ve işletme sahiplerini işyeri psiko-sosyal faktörleri izleme ve iyileştirme hususunda ikna etmek daha kolay olabilir (Gilbreath ve Karimi, 2012: 114).

Aile yaşamının hastayken işe gelme kararını etkileyip etkilemediğini araştırmak amacıyla öncelikle “olumsuz var olma faktörü” gibi durumları incelemek gerekmektedir. Genel olarak aile yaşamından memnun olmayan çalışanların diğer çalışanlara göre bu tür eğilim göstermeleri çok daha mümkündür. Çocuk sayısı, okul öncesi dönemde olan çocuklar, eşin hasta olması ya da bakıma muhtaç aile büyüklerinin varlığı da ev yaşamını daha yorucu hale getiren faktörler olarak görülmektedir ve dolayısıyla işte var olamama olasılığını da artırmaktadır (Hansen ve Andersen, 2008: 958).

Bu konuda yapılan bir çalışmada hasta olmasına rağmen işe giden 5 çalışandan 4'ünün iş-aile yaşantısında çatışma yaşama olasılığı yüksek bulunmuştur (MacDonald, 2010: 12). İşe geldiklerinde ise stres ve dikkat dağınıklığından dolayı işine yoğunlaşamamakta ve bunu da iş arkadaşları ve ailelerine olumsuz bir şekilde yansıtmaktadır.

2001 yılında Kanada’da iş-yaşam dengesi ile ilgili yapılan bir diğer çalışmaya göre ise (Higgins ve diğerleri, 2001), aslında çalışmak için sağlığı yeterince iyi değilken işe gitmeyi tercih eden kişiler nedeniyle yüksek iş-yaşam çatışması ortaya çıkmaktadır. Ayrıca iş-yaşam çatışması ile stres, tükenmişlik ve depresif ruh hali ve dolayısıyla işte var olamama arasında ne kadar yüksek bir korelasyon olduğu vurgulanmıştır.

Çekirdek ailelerin büyük ailelere göre ve çocuk sayısı az olan çalışanların çocuk sayısı fazla olanlara göre daha az devamsızlık yapması aile büyüklüğü ve aile yapısının iş devamsızlığı etkileyen nedenler arasında olduğunu göstermektedir (Örücü ve Kaplan, 2001: 98).

1.6.1.3. Yaş ve Hizmet Süresi

İşte var olamama ve işe devamsızlık ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında genç çalışanlar ileri yaştakilere göre daha sağlıklı olmalarına rağmen kuruma bağlılıkları daha az olacağı için iş ile ilgili sorun yaşamaları durumunda işten ayrılabilirler. İleri yaştaki çalışanların ise daha sık ve uzun süreli hastalıklar geçirme olasılıkları daha fazla olmasına rağmen kuruma bağlılıkları ve işi bırakma riskine girmeyeceklerinden dolayı genellikle çalışmayı tercih etmektedirler. Fakat her iki yaş grubunda da etkileyen neden farklı olsa da işte var olamamanın görülme olasılığı her ikisinde de yüksek ya da düşük olabilir.

25-45 yaş aralığındaki çalışanların genç ve ileri yaştaki çalışanlara göre daha az devamsızlık yaptıkları, ileri yaştakilerin hastalıklarının artmasıyla devamsızlıkların uzun süreli fakat nadiren, genç yaştakilerin ise kısa süreli ve sık sık olduğu ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında nispeten daha kıdemli çalışanlar, uzun zamandır çalışmanın verdiği güvenle diğer çalışanlara göre daha fazla devamsızlık yaptıkları görülmektedir. Ayrıca, devamsızlığa yol açabilecek meslek hastalıkları ve yıpranmalar da uzun zamandır çalışmanın sebep olduğu nedenler arasındadır (Örücü ve Kaplan, 2001: 97-98). Avrupa’da ise yaşa ilişkin olarak, genellikle yaşlı çalışanların gençlerden daha fazla devamsızlık yaptığı gözlenmiştir (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 1).

Hastalık kaynaklı işte var olamama oranlarının yaşlı çalışanlarda daha yüksek olabileceğine dair çeşitli kanıtlar vardır. Bu oranlar, örneğin varlığı hizmet/ekip işleyişi için önemli olan durumlarda daha yüksek yaygınlığı olan iş-rolü ve derecesine göre değişme gösterecektir. Yaş faktörünün yanında etkili olan önemli bir faktör de çalışanların kurumdaki hizmet süresidir. Uzun yıllar aynı kurumda hizmet veren çalışanlar yeteneklerinin takdir edilmesini ve deneyimlerinin değerli görüldüğü duygusunu hissetme beklentisi içinde olurlar. Aksi durumlarda ise kendilerini değeri azalmış ve ötekileştirilmiş hissedebilirler. İşte kalma eğiliminin yanı sıra motivasyon ve işe bağlılık üzerinde negatif etkileri olması muhtemeldir (Weyman ve diğerleri, 2013: 4-5). Dünya genelinde işgücünün gitgide yaşlanması, kronik hastalıkların artması ve obezite oranlarının artması çalışanların iş ve aile yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

1.6.1.4. Stres

Çağımızın en önemli rahatsızlığı olarak nitelendirilen stres geçmişte de işyerinde sıklıkla görülmüştür. Fakat başlı başına bir rahatsızlık olan stresin şiddeti arttıkça birçok hastalığın da nedeni olmaktadır. Hipertansiyon, depresyon, anksiyete, kanser gibi hastalıkların kaynağı genellikle stres olarak görülmektedir.

Uzun çalışma saatleri, uzun süren tedavi işlemleri, hasta sayısının çok fazla olması, çalışma saatleri içerisinde hastane personelinin fiziksel koşullarını engellemektedir. Uzun çalışma saatleri ve aynı fiziksel imkânların kullanımı çalışanların performansını önemli ölçüde etkilemektedir. Fiziksel koşulların kötü olması, duygusal stresin ve düşük performansın nedeni olarak belirtilmiştir (Balkan ve Serin, 2014: 109). Stres verici yaşam olayları ve sağlığa ilişkin işe devamsızlık ve işte var olamama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Psikolojik olarak stres yaşatan olaylar çalışanları belirli bir süre çalışmaktan alıkoymaktadır (MacGregor ve diğerleri, 2008: 612).

1.6.1.5. Kadın Olmak

Her ne kadar kadın erkek eşitliği olduğu düşünülse de kadınların iş hayatında yer almasıyla hem ev hem iş yaşamlarındaki rolleri gerektiği gibi yapması beklenmektedir. İş hayatında kariyer yapmak, ekonomik özgürlüğüne sahip olmak isteyen kadınlar aynı zamanda ev hayatında da iyi bir anne ve eş olmayı istemektedir. Kadın olmanın bir gereği olarak da kadınların gebelik, loğusalık gibi dönemleri ise fiziksel, ruhsal ve duygusal açıdan problemler yaşayabilecekleri dönemlerdir. Üstlendiği bu rollerin aksaması sonucu ev hayatındaki sorunları işine ve iş hayatındaki sorunları da evine yansıtması muhtemeldir. Bu durumun sonucu olarak; stres, motivasyonda azalma, performans düşüklüğü, depresyon, dikkat dağınıklığı gibi rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kadınların erkeklerden farklı olarak iş ve evde rol çatışmaları yaşamaları işte var olamama ve işe devamsızlık olasılıklarının cinsiyete göre değişiklik gösterebileceğinin bir göstergesi olarak görülebilmektedir.

Sağlık çalışanları arasında kadınların büyük bir yeri olduğu düşünüldüğünde, hastanelerin bu problemle başa çıkmaları çok büyük önem arz etmektedir. Özellikle hastanede çoğunluğu oluşturan hemşire-ebe meslek grubunun doğum, lohusa, süt izni

dönemleri uzun dönemli süreçler olması sebebiyle hastanelerin personel tahsisinde ve planlanmasında işlerin aksamaması için önlemler alması gerekmektedir.

Göreceli olarak kadınların erkeklere göre daha fazla işte var olamadıkları ve işe devamsızlık yaptıkları görülmüştür. Özellikle ailede ekonomik sorumluluğun sadece kendisinde olmadığı evli ve çocuklu kadınlar, iş kaybetme korkuları olmaması sebebiyle bekâr kadınlara göre daha fazla devamsızlık yapmaktadır (Örücü ve Kaplan, 2001: 97-98). Genellikle kadınlara yönelik devamsızlık oranlarının erkeklerinkinden fazla olduğu ileri sürülmekte olup, mevcut veriler de Avrupa’da eğilimlerin çoğunlukla bu yönde olduğunu doğrulamaktadır (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 1).

1.6.1.6. İşkolik Olmak

“Her gün geç saatlere kadar çalışıyorum fakat yine yetmiyor.”, “Zaman ne çabuk geçti?”, “Benim işim hiç bitmez.”, “Çok meşgulüm.”, “Yapacak çok işim var.”, “Günde 24 saat yeterli değil.”, “İşimin kölesi olmuşum.”, “Zaman kimseyi beklemez.”

Yukarıda ifade edilen sözler ne olursa olsun işine öncelik vermeyi tercih eden ve “işkolik” (workaholism) olarak adlandırılan kişilerin sarf ettiği ya da etmesi muhtemel ifadelerdir. Bu kişiler işe bağlılıkları olan ve işini her şeyin üstünde tutan çalışanlardır. İşe devamsızlıkları minimum seviyededir ve hatta izinli olduklarında bile işe gelmeyi tercih ederler. Bunun yanı sıra da sağlık problemlerini göz ardı ederek çalışmaya devam ederler. Önemsiz rahatsızlıklarını görmezden gelerek geç saatlere değin çalışmaktan kaçınmazken rahatsızlığın şiddeti arttıkça işte buldukları süre zarfında çalışamaz hale gelebileceklerdir.

İşkolik çalışanların çoğunlukla işte bulunarak çalışmayı tercih ettikleri için işkolikliğe bağlı devamsızlık durumuna ilişkin kanıtlar elde edilememiştir.

1.6.2. Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Sorunları ve Obezite

Çalışanların sağlık sorunları; soğuk algınlığı gibi basit sayılabilecek hastalıklarının yanı sıra iç ya da dış etkenlerin neden olduğu ruhsal rahatsızlıklar ve yaptıkları iş ile bağlantılı olan meslek hastalıkları olarak sıralanabilir. Bazı işgörenlerin duygusal ya da

ruhsal sorunları varken; bazılarının aşırı alkol alma, obezite gibi sorunları olabilmektedir. Bunların bazıları süreklilik arz ederken bazıları da geçici olabilmektedir. Bu sorunların tümü örgütsel faaliyetlerin aksamasına neden olmakta ve işgücü verimliliğini önemli ölçüde düşürmektedir. Bu nedenle işverenler sağlıklı işgücüne sahip olmak amacıyla bu sorunlarla başa çıkma ve risk faktörlerini engelleme yolları bulmalıdırlar (Bingöl, 2010: 616).

Burada dikkat çekilmesi gereken önemli noktalardan birisi de bu sağlık sorunlarının akut, epizodik ya da kronik olup olmamasıdır. Sağlık sorununun türüne göre işte var olamamanın şiddeti ve sıklığı da değişkenlik gösterecektir. Akut ve episodik hastalıklar bazen ayakta ya da 1-3 gün içerisinde iyileşebilirken kronik hastalıklar belirli dönemlerde ve sık sık ortaya çıktığı için bireyleri sürekli etkileyen bir sorun olmaktadır (Johns, 2010). Diğer yandan hastalık şiddeti de verdikleri karar üzerinde etkili olmaktadır. Soğuk algınlığı, grip gibi yaygın hastalıklar çoğu zaman bulaşma riski dikkate alınmaksızın izin almak için yeterli bir neden olarak görülmemektedir (Lowe, 2002).

Kronik hastalık olarak değerlendirilen kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı), kas-iskelet problemleri (bel ağrısı ve eklem iltihabı), solunum rahatsızlıkları (örn. soğuk algınlığı, grip ve astım) gibi fiziksel sağlık koşulları ve akıl sağlığı sorunları (depresyon ve stresle ilgili sorunlar) işte var olamama ve işe devamsızlığın asıl kaynakları olarak tanımlanmaktadır (Goetzel ve diğerleri, 2004; Pilette, 2005). Baş ağrısı, alerji, eklem iltihabı ve astım gibi kronik hastalıklar ve depresyon gibi akıl sağlığına ilişkin rahatsızlıkların birçok sağlığa ilişkin işte var olamama kayıplarına neden olduğu görülmüştür (Goetzel ve diğerleri, 2004). Stres, obezite ve fiziksel aktivitede bulunmama işverenler tarafından tanımlanan en büyük sorunlardır (Towers Watson/National Business Group on Health, 2013: 2). Özellikle sağlık hizmetlerinde çalışanların diğer sektörlerde çalışanlardan daha yüksek sağlık problemleri insidans ve prevalansına sahip oldukları (Crawford ve diğerleri, 2009), bu nedenle sağlık nedeniyle yapılan devamsızlıkların ve işte var olamamanın birincil nedeni olan sağlık sorunlarının detaylı bir şekilde incelenmesi gerektiği tespit edilmiştir.

1.6.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunları

İş ortamı ve iş koşulları çalışanlarda uzun süren hastalıklara ve sakatlıklara neden olabilmektedir. İşyerinde fiziksel aktivite eksikliği ve sürekli benzer faaliyetlerin (uzun süre ayakta kalma ya da oturma) yapılması sonucu sırt, bel, boyun ağrıları kronik hale gelmeye başlayacaktır. Çalışma ortamında aynı faaliyet uzun süre yapıldığında meydana gelen bu sorunlar hastane çalışanları arasında da sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. İdari personel ise genellikle masa başında saatlerce bilgisayar ile iş yapma durumunda oldukları için sırt, bel ve boyun ağrıları, göz bozuklukları gibi sorunlar yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarında ise, örneğin radyoloji ünitesinde görev yapanların aşırı radyasyona maruz kalmaları nedeniyle radyasyon zehirlenmeleri, genellikle hemşirelerin sürekli ayakta hizmet vermesinden kaynaklanan sırt ve bel ağrıları, varis gibi hastalıklar görülmektedir. Bu hastalıklar yavaş yavaş ortaya çıktığı için tam olarak ne zaman başladığı da bilinmemektedir.

Amerika'da 4300 işgöreni olan bir işletmede yapılan bir çalışmada sadece astım ve alerjiye bağlı çalışma saatleri kaybı ölçüldüğünde tüm gün kaybı, kısmi gün kaybı ve işteyken verimlilik kaybı olmak üzere üç tür kayıp tespit edilmiştir. İşteyken verimlilik kaybı olarak belirtilen işte var olamama, özellikle alerjisi olan kişiler için, toplam zaman kaybının en büyük payını oluşturduğu saptanmıştır (Lowe, 2002: 1). Sağlık çalışanları arasında el egzaması olan küçük bir grup üzerinde yapılan bir çalışmada ise, el egzamasının çalışma kalitesi ve veriminde büyük bir düşüşe neden olarak istenmeyen sonuçlara neden olduğu bulunmuştur (Meer ve diğerleri, 2013: 169).

1.6.2.2. Ruhsal Sağlık Sorunları

Dünya Sağlık Örgütü, yakın gelecekte ruhsal sağlık sorunlarının dünya çapında önde gelen bir sorun olacağını ve ikinci sırada ise kalp hastalıklarının olacağını öne sürmektedir. Çalışma ortamı ve koşulları, depresyon ve diğer ruhsal ve duygusal sorunlara neden olabilir ya da var olan sorunları daha da kötüleştirebilir. Ayrıca azalan verimlilik ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiye dair kanıtlar da gün geçtikçe artmaktadır. ABD'de yapılan bir araştırmada, sekiz saatlik düzenli bir iş gününde depresyonlu çalışanların ortalama 1,8 saatinin verimsiz geçtiği bulunmuştur (Lowe, 2002).

Birçok sanayileşmiş ülkede sağlık çalışanları, diğer meslek gruplarına göre ruhsal hastalık riski daha yüksek olan ve işyerinde yüksek düzeyde stres yaşayan çalışanlardır. Sağlık çalışanları, ruhsal sağlık problemlerini genellikle gizli tutmaktadır. Birçok çalışan hasta olduğunu kabul etmez ve bu sağlık sorunları için ihtiyaç duydukları yardımı almaktan kaçınır. İşyerinde tedavi edilmeyen ruhsal sağlık sorunlarının kişisel, sosyal ve finansal maliyetlerini önlemek için erken müdahale önemlidir (Moll, 2014: 3). Ancak belirtilerin başlangıcı ve tedavi arayışı arasında genellikle uzun bir gecikme süresi vardır (Kessler ve Frank, 1997). Ruhsal sağlık sorunlarının erken tedavisinin önemini destekleyen çok sayıda kanıt vardır. Genel olarak, ruhsal hastalıkların erken aşamada uygun bir şekilde tedavi edilmesini sağlamak iyileşmenin daha hızlı olmasını sağlayacaktır (McGorry, 2013).

Yale Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada, işyerinde depresif bozukluklar çalışma performansın üzerinde daha da önemlisi “işte var olamama” ya da işyerinde etkililiğin azalmasında zamanla kalıcı ve büyük bir etki bıraktığı bulunmuştur (Druss ve diğerleri, 2001: 731-733).

Amerikan işgücünde depresif bozuklukların yaygınlığı da oldukça yüksektir. 2010 yılında, tam zamanlı çalışan yetişkinlerin (18 yaş ve üzeri) %5,4'ü son bir yıl içinde önemli depresif bozukluklar yaşamıştır. Çalışanlar arasında depresyon verimlilik kaybı, iş göremezlik ve işe gelememe ile ilişkilidir. İşe devamsızlık ve işte var olamamaya ilişkin toplam depresyon maliyetleri 36,6 milyar ve 51,5 milyar dolar aralığındadır. Depresyon işte verimlilik kaybına neden olması itibariyle işverenler açısından en yüksek mali yüke neden olan muhtemel faktörlerden birisidir. Depresyonlu çalışanlar, kendi çalışma verimlilikleri yanında çalışma arkadaşlarının moral ve verimliliğini de düşürebilirler. Ayrıca, depresyonlu bireylerin genellikle madde bağımlılıkları da olabilmektedir (Richmond ve diğerleri, 2014: 3). Bunlara ek olarak sataşma ve taciz olmak üzere, psikososyal risklere maruz kalanların işe bağlı sağlık sorunları yüzünden devamsızlık bildirme oranı ortalamanın ciddi şekilde üzerindedir (%23'e karşılık %7). Ayrıca bu kişiler genellikle daha uzun dönemler işten uzak kalmaktadır (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2011: 9).

Benzer değerlendirme İngiltere açısından yapıldığında ise, herhangi bir zamanda altı çalışandan birinin depresyon, anksiyete ya da strese bağlı sorunlar yaşadığı ve ruhsal

hastalıkların her işyerinde karşılaşılan bir durum olduğu yargısına varılmıştır (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2009: 1).

Ruhsal hastalıklar ile ilgili yaşanan problemler ve hastalık belirtileri, sosyal gerilimler, iş yükü baskıları, mahremiyet beklentileri ve ruhsal sağlık desteklerine zamanında erişim eksikliğinin saptanmasındaki belirsizlik, çalışanların ihtiyaç duydukları yardımı almalarını engelleyen önemli zorluklardır. Birkaç beklenti olmasına rağmen genel araştırma bulguları ruhsal sağlık sorunları olan çalışanları desteklemek için pek çok engelin olduğuna işaret etmektedir (Moll, 2014: 2).

1.6.2.3. Obezite

Dünya çapında her yıl en az 2.8 milyon insan obez ve fazla kilolu olmanın bir sonucu olarak hayatını kaybetmektedir. Fazla kiloluluk ve obezitenin tansiyon, kolesterol, trigliserid ve insülin direnci üzerinde olumsuz metabolik etkileri olmaktadır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) arttıkça koroner kalp hastalığı, iskemik felç ve tip II diyabet riski de artmaktadır. Ayrıca BKİ'nin artması göğüs, kolon, prostat ve böbrek kanseri riskini de artırmaktadır. BKİ oranını 18,5 ile 24,9kg/m² aralığında muhafaza etmek gerekse de optimum sağlık seviyesine ulaşmak için yetişkinlerde ortalama BKİ 21 ile 23 kg/m² aralığında olmalıdır. 2008 yılında dünya genelinde, 20 yaş ve üzeri yetişkinlerin %35'inin fazla kilolu olduğu saptanmıştır (World Health Organization, 2008). Türkiye'de ise 2012 verilerine göre bireylerin %34,8'i fazla kilolu, %44,2'si normal kilolu, %3,9'u ise düşük kiloludur. Kadınların %20,9'unun obez ve %30,4'ünün fazla kilolu olduğu, erkeklerin ise sırasıyla, %13,7'sinin obez ve %39,0'unun fazla kilolu olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2013).

Obezite salgını Batı toplumlarında önemli bir sorun haline gelmiştir, çünkü obez ve fazla kilolu bireyler normal kilolu bireylere göre daha yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir (Adams ve diğerleri, 2006: 776). Obezitenin, depresyon riski, insülin bağımlısı olmayan diyabet, kanser, romatizma ve osteoartrit, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi sağlık sorunları üzerinde çok ciddi etkileri vardır. Uzmanlar ayrıca obezitenin hem diğer hastalıklarla ilişkili olduğunu hem de bu hastalıklardan bağımsız olarak çalışanların üretkenliklerini azalttığını öne sürmektedir (Quazi, 2013).

Çalışan sağlığı ve verimliliği arasındaki ilişkiler gün geçtikçe daha açık hale gelmektedir. Yapılan bazı büyük ölçekli çalışmalarda gerçek biyometrik değerler kullanarak çalışanlar arasında fazla kiloluluk ve obezitenin direkt ve endirekt mali yükü ölçülmüştür. Normal kilolu çalışanlarla karşılaştırıldığında işte var olamama düzeyi fazla kilolu ve obez çalışanlarda sırasıyla %10 ve %12 daha yüksek olduğu bulunmuştur. Normal kilolu çalışanlara kıyasla obez ve fazla kilolu çalışanların işverene yıllık maliyeti çalışan başına sırasıyla 644\$ ve 201\$ olarak tahmin edilmiştir (Goetzel ve diğerleri, 2010: 52).

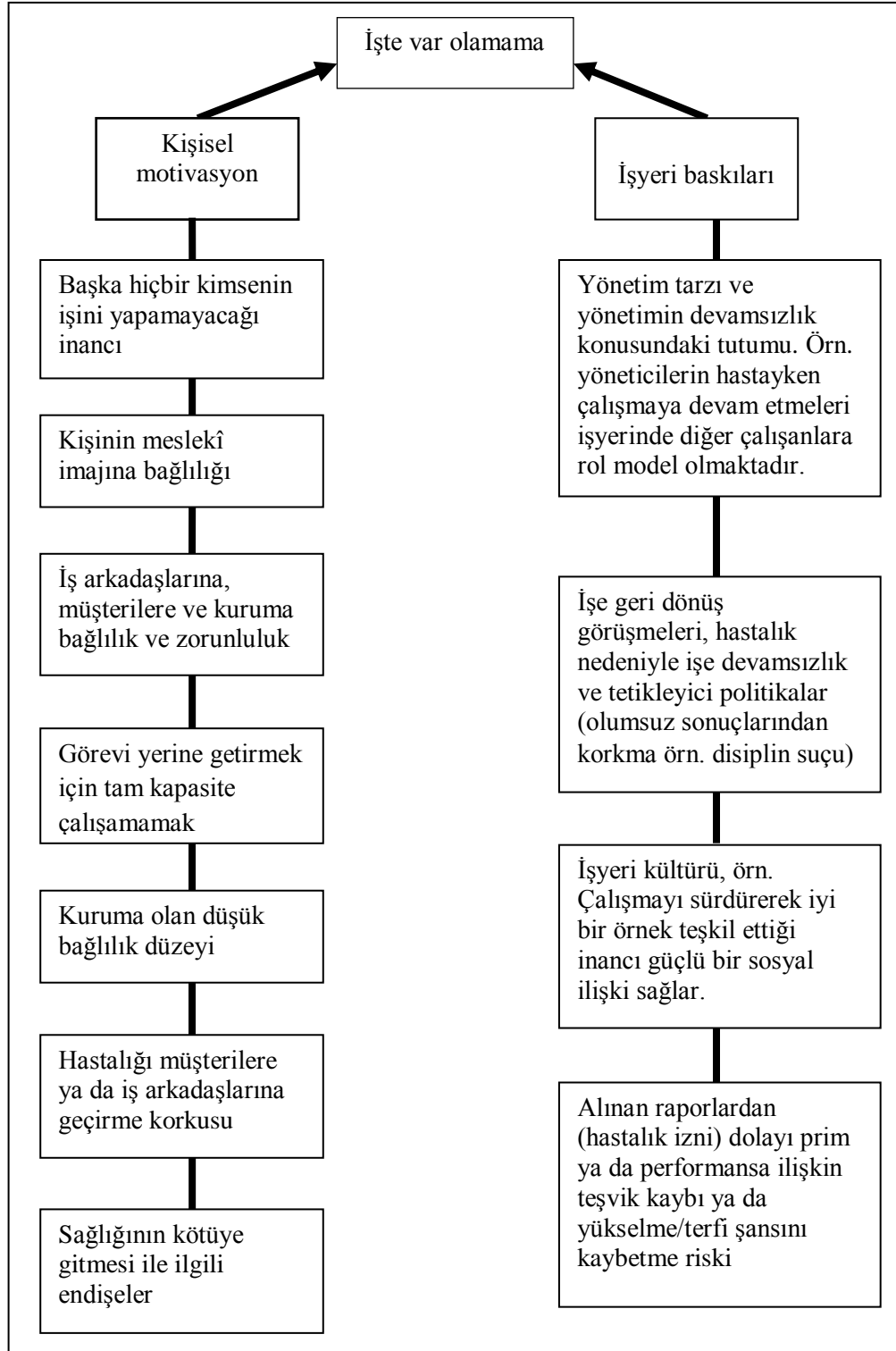
Kronik hastalıkların yanı sıra bazı yazarlar da obezite ve depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik sorunlar arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Artan mortalite ve morbidite oranlarından dolayı fazla kiloluluk ve obezite toplumun sağlık harcamaları ile doğrudan ilişkilidir. İşyerinde ise fazla kiloluluk ve obezite, işe devamsızlık ve performansın altında çalışmadan dolayı işverenler için maliyetlerin artmasına neden olabilir. Obezite ve uzun dönemli hastalık izni arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkarılmıştır (Janssens ve diğerleri, 2012: 604).

Obez çalışanların diğer çalışanlara kıyasla devamsızlık yapma eğiliminde olduklarına ilişkin önemli kanıtlar bulunmaktadır. Obezite ve işe devamsızlık arasında ilişkiyi incelemek için Amerika'da 10825 çalışan üzerinde yapılan çalışmada, diğer olası faktörler göz önüne alınmadığında, obez çalışanların diğer çalışanlara göre iki kat daha fazla yüksek düzeyde devamsızlık (son altı ayda hastalık nedeniyle yedi gün ya da daha fazla) yapma ve 1,49 kat orta düzeyde devamsızlık (son altı ayda hastalık nedeniyle üç ve altı gün arası) yapma olasılıkları olduğu saptanmıştır (Tucker ve Friedman, 1998).

1.6.3. Çalışma Ortamı ve Koşulları ile İlgili Örgütsel Faktörler

İşe devamsızlık ve işte var olamama sorunları, çalışan verimliliği ve işyeri güvenliği için giderek artan bir tehdit olarak görülmektedir. İşveren grupları bu sorunları azaltma girişimlerinin yüksek maliyetle sonuçlanacağı düşüncesi ile genellikle bu sorunun çözümüne isteksiz olmalarına rağmen bireysel işverenler iş sağlığı ve esnek çalışmanın kurulması ile ilgili olarak bu konuyu daha ciddi bir şekilde ele almaktadır.

Sağlık çalışanlarının daha sağlıklı çalışma ortamlarına ihtiyacı vardır, ancak Kanada’da yaygın bir slogan olan “çok fazla iş, çok az eleman var” ifadesi ile aslında az kişiyle çok fazla iş yapılma eğilimi olduğu açıkça ifade edilmiştir. Ayrıca personel azlığı ve iş yükü sorunları stres, tükenmişlik ve erken emekliliğe sebebiyet vermektedir (Health Council of Canada, 2005). Özellikle sağlık sektöründe personel azlığı, yüksek devir oranı, iş yükü sorunları ve düşük iş doyumu gibi örgütsel sorunların çok fazla görülmesi çalışanlar arasında işte var olamama sorununun yaşanmasını da beraberinde getirmektedir. Aşağıda çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili işe devamsızlık ve işte var olamamaya neden olan önemli başlıklara yer verilmiştir (Şekil 5) (Baker-McCleary ve diğerleri, 2010: 312-313).



Şekil 5. İşte Var Olamamayı Etkileyen Faktörler

1.6.3.1. Algılanan İş ve Zaman Baskıları

Örgütlerde küçülme/rasyonelleşme ile ilgili yaşanan sorunlardan biri, zaman baskısı ya da kaynak eksikliğidir. Özellikle çalışanlar izin sonrası dönüşlerinde birikmiş çok sayıda işle karşılaşacakları için kaynak eksikliği nedeniyle çalışanlar rapor ya da izin alma konusunda isteksiz olacaklardır (Aronsson ve Gustafsson, 2005). Aynı şekilde haftalık ortalama çalışma saatlerinden daha fazla çalışanlar da hastalık nedeniyle izin almaları durumunda daha ciddi boyutlarda zaman baskısı hissedecekleri için zaman baskısına bağlı işte var olamama sorununu yaşamaları söz konusudur.

1.6.3.2. Gelir ve İş Kaybetme Korkusu

Birçok çalışmada, işten çıkarma dönemlerinde işte var olamama oranlarında meydana gelen ani düşüşlerin en mantıklı açıklamasının iş güvensizliği olduğu görülmüştür. Bu nedenle iş güvensizliğinin, işini kaybetme korkusu yaşayan kişilerin bulunduğu durumlarda işe hasta bir şekilde gitme kararını etkilediği varsayılmaktadır (Hansen ve Andersen, 2008: 958).

Uzun çalışma saatleri, sık sık fazla mesai ve çalışanın razı olduğu çalışma saatleri ile çalışmak zorunda kaldığı asıl çalışma saatleri arasındaki uyumsuzluk işte var olamama sorununun artmasına neden olan faktörler olarak kabul edilmektedir (Collins ve Cartwright, 2012: 430).

1.6.3.3. Fazla Mesai ve Aşırı İş Yüğü

Çalışma saatleri ve şiftileri sağlık kurumlarında stres kaynağı olarak görülebilir ve kişinin sağlığını da olumsuz bir şekilde etkileyebilir (Sparks ve diğerleri, 1997). Özellikle vardiyalı çalışmanın özellikle her yaş grubundaki çalışanların sağlığı için zararlı olduğuna dair bulgular vardır. Ancak bu bulgular birbirinden farklılık göstermektedir; bazı kaynaklar sekiz saatten daha fazla çalışmanın yaşlı çalışanların sağlığını olumsuz etkilediğini belirtilirken diğer çalışmalar (özellikle çok değişkenli ve meta analiz çalışmaları) 60 yaş ve üzeri çalışanların 50'li yaşlardaki çalışanlardan daha kötü olduğuna dair bir bulgu bulamamıştır. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi aşırı iş yükü ve fazla mesai her yaş grubundaki çalışanların performansını olumsuz etkilemektedir. Özellikle sağlık sektöründe vardiyalı çalışma saati uygulamalarının

çalışanların işten ayrılmaları üzerinde önemli bir etkisi olduğu da öne sürülmektedir (Weyman ve diğerleri, 2013: 4-5).

Araştırmalarda iş yükü ve son teslim tarihi baskısı işte var olamamayı açıklamak için katılımcılar tarafından en sık belirtilen nedenlerdendir. İşgörenler hasta olduklarında izin alıp işe gelmezlerse işlerinin başka bir meslektaş ya da çalışan tarafından yapılamaması iş akışının aksaması sonucunu doğuracaktır (Biron ve diğerleri, 2006: 34). Ancak sağlık hizmetlerinde personel yetersizliği ve uzmanlık gerektiren işler olması sebebiyle çalışanlar arasında ikame yapılması çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Çoğu çalışan da izin aldıklarında yapacağı işler diğer çalışanlara verileceği için iş arkadaşlarına ve üstlerine karşı kendini suçlu hissedebilmektedirler.

1.6.3.4. İş Etiği ve Ekip Çalışması Anlayışı

Çalışanlar işte olmamalarının meslektaşlarını etkileyeceğini düşündükleri için işte var olamamada ekip çalışmasının güçlü bir etkisi bulunmaktadır (Baker-McCleary ve diğerleri, 2010). Ancak, ekip sorumluluğundan dolayı hastayken işe gitmelerine rağmen hastalığı meslektaşlarına geçirme gibi bir çelişki yaşanabilir (Ashby ve Mahdon, 2010). İş arkadaşları ya da üstlerinden olumsuz tepki alma korkusu nedeniyle rapor almak istenmeyebilir ya da terfi fırsatlarını ya da mevcut pozisyonlarını tehlikeye atmamak için izin almaktan kaçınabilirler (Biron ve diğerleri, 2006: 34).

Wager ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir araştırmada birim sorumlularının beklentilerinden daha az performans gösterdikleri düşündükleri hemşirelerin kan basıncının yükseldiği ve ölçülen bu farklılığın koroner kalp hastalığı gelişiminde olası risk faktörü olduğu görülmüştür. Ayrıca yöneticisinin hastayken işe geldiğini gören bir çalışan, kendisi de hastalandığında izin alma olasılığı daha az olacaktır. Böyle bir durumda yöneticilerin yaptıkları çoğu çalışan için bir ayna olacak ve onlar öyle yaptığı için çalışanlardan da beklenenin bu olacağı şeklinde bir anlayış söz konusu olabilmektedir (Gurchiek, 2009).

1.6.3.5. İş Ortamı ve Örgüt Kültürü

Örgüt kültürü ve iklimi sorunlarının, çalışma ve emekliliğe ilişkin daha uzun yıllar çalışanların deneyimleri ve davranışları üzerinde etkisi vardır (Weyman ve diğerleri,

2013: 7). Çalışanların yaptıkları işi sevmesi ve bu işi yapmaktan duydukları zevk onların hastalıklarını göz ardı ederek işe gitme tercihlerinin nedeni olmaktadır. İşte gösterdikleri başarılarından dolayı takdir edilmek, çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkiler, işin statüsü (kadrolu, sözleşmeli, geçici çalışan olma durumu) de çalışanların iş tatmininde etkili olduğu görülmüştür (Biron ve diğerleri, 2006: 33).

Ayrıca daha önceki çalışmalar, yöneticilerin yönetim tarzı ve çalışanları ile olan ilişkilerinin işte var olamama ve işe devamsızlığı etkilemeleri açısından önemli rol oynadığını vurgulamaktadır (Baker-McClearn ve diğerleri, 2010). Kuruma bağlılığı olmayan çalışanların ya da çalışma çevresinin kötü olması da sıklıkla işe devamsızlıklara sebep olmaktadır. Özellikle çalışanın pozisyonu, memnuniyeti ve iş iklimi de önemlidir. Bunun dışında aile problemleri gibi kişisel sorunların da çalışanın işe yönelik yaklaşımı üzerinde önemli bir etkisi vardır (Verlag, 2009).

1.6.3.6. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Sağlık hizmetlerinin yüksek oranda risk içermesine rağmen sağlık çalışanlarının, kısa zamanda, sıfır hata ile aynı anda birçok kişiye teşhis, tedavi ve bakım hizmeti vermeleri beklenmektedir. Hastanelerdeki fiziksel çalışma ortamlarının çalışanlara zarar vermeyecek ve faaliyetlerini kolaylaştıracak niteliklerde olması, meydana gelebilecek iş kazalarını ve meslek hastalıklarını en aza indirmede önemli rol oynar.

Yapılan çalışmalara göre orta ve yüksek derecede psikolojik sıkıntılar (stres gibi) işyeri kaza ve hatalarını artırırken başarı olasılığını da azaltmaktadır (Hilton ve Whiteford, 2010).

Gül ve arkadaşları (2013: 7-9) yüksek riskli ortamlarda çalışan hastane çalışanlarının çalıştıkları bölüm ve maruz kaldıkları riskleri incelemiş ve bronkoskopi ünitesi ve patoloji laboratuvarını en yüksek riskin olduğu bölümler olarak tespit etmişlerdir. Solunum fonksiyon testi laboratuvarında ve yoğun bakım kliniğinde yüksek oranda enfeksiyon riskinin olduğu, kan alma biriminde çalışanların ergonomik olmayan koşullardan kaynaklanan fiziksel zarar görme riskinin yüksek olduğu, çalışanların uzun süreli olarak ergonomik olmayan koltuklarda oturarak çalışmalarının çeşitli fiziksel rahatsızlıklara neden olabileceği tespit edilmiştir. Ayrıca 4 birimde (acil servis, yoğun

bakım kliniği, post-op servisi, 1. göğüs servisi) radyasyon riski, 16 birimde (yoğun bakım kliniği, acil servis, klinikler, poliklinikler, vb) gürültü riski, 26 birimde (klinikler, laboratuvarlar vb.) tıbbi atıklar, 23 birimde enfeksiyon riski, 2 birimde tehlikeli maddelere maruziyet riski, 10 birimde ergonomik olmayan koşullardan kaynaklanan fiziksel zarar görme riski, 23 birimde iletişimden kaynaklanan riskler, 23 birimde şiddet riski, 19 birimde kesici delici alet yaralaması riski, 15 birimde kan ve vücut sıvıları ile maruziyet riski, 22 birimde düşme riski olduğu belirlenmiştir.

İş kazaları açısından ergonomi sorunları mikro ve makro düzeyde önemle ele alınması gereken bir konudur. Mikro düzeyde, bireylere yönelik çözümlerle örneğin işyeri tasarımındaki değişikliklerle ilgili olurken makro düzeyde ise teknoloji ve çalışma çevresine ilişkin çalışma tasarımında daha temel değişikliklerle ilgilidir (Weyman ve diğerleri, 2013: 6).

2. BÖLÜM: ÇALIŞANLARIN İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK EĞİLİMLERİNİN SONUÇLARI VE MALÎ YÜKÜ

Hastaneler, belirsizlik şartları altında kıt kaynaklarla varlığını sürdürerek yüksek kalitede hasta bakımı sağlamayı amaç edinen kurumlardır. Bu amacın gerçekleştirilmesinde temel rol üstlenen hizmet sağlayıcıları ise sağlık personeli ve idari personeldir. Bu meslek grupları çoğu zaman sağlık sorunlarını göz ardı ederek yüksek performans göstermek zorundadır. Çalışanların ailevî problemlerden ruhsal ya da ciddi fiziksel sağlık sorunlarına kadar zor şartlar altında işlerini yapmaya çalıştıkları düşünüldüğünde yeterli düzeyde verimlilik gösteremeyecekleri aşikârdır. Kişisel ya da sağlık sorunlarına bağlı olarak sadece devamsızlık ya da işte verimliliğin azalması söz konusu olmakta aynı zamanda ekonomik sonuçlar da ortaya çıkmaktadır. Çalışanın yalnızca işe gelmemesi durumunda değil işte bulunduğu fakat işlerini olması gerektiği gibi yapamaması sonucunda da kuruma malî yükü olmaktadır.

Peki, sağlık koşullarının işte verimlilik açısından gerçek etkisi nedir? Bu amaçla öncelikle sağlık koşullarının toplam maliyetlerine ilişkin işte var olamama maliyetlerinin büyüklüğünün değerlendirilmesi gerekmektedir. Bazı durumlarda (alerji ya da migren gibi) işte var olamama maliyeti direkt sağlık hizmetleri maliyetinden daha fazla iken diğer durumlarda (hipertansiyon ya da kanser gibi) ise sağlık hizmetlerinin maliyeti daha büyük olabilmektedir (Schultz ve diğerleri, 2009: 365).

Çalışma verimliliğini etkileyen iş ile ilgili faktörler ve sağlık problemleri incelendiğinde; psiko-sosyal faktörler fiziksel iş yükü faktörlerinden daha fazla verimliliği azaltmaktadır. Psiko-sosyal faktörler içinde işyerinde kontrol eksikliği en yaygın olanıdır. Eklem ve kas problemleri ise en yaygın hastalık olarak bulunmuştur (Alavinia ve diğerleri, 2009). İşte var olamama ve işe devamsızlıkların hem örgüt hem de çalışan üzerindeki etkileri, her iki tarafta da önemli sonuçlar doğuracak boyutlarda olmaktadır.

2.1. Verimlilik Kaybı ve Performans Düşüklüğü

İşgücünün üstünlüğüne inanan Adam Smith (2006) üretimin artmasında ya da azalmasında çalışanların etkili olduğunu savunmaktadır. Teknoloji ne denli gelişmiş olsa, sermaye ve kaynaklar ne denli fazla olsa dahi insangücü ve uzmanlık bilgisi olmadan üretimin özellikle de hizmetin tam anlamıyla gerçekleştirilemeyeceği bilinmektedir. Bu nedenle üretim ve hizmeti gerçekleştiren işgücünün sağlık ve refahı işletmelerin üzerinde önemle durmaları gereken bir konu haline gelmiştir.

İşgücü verimliliği bir işletmenin genel performansının gücü ve sürdürülebilirliği konusunda önemli bir faktör haline gelmiştir. Sağlığa ilişkin verimlilikte azalmalar ya işe devamsızlık ya da daha düşük işte var olamama olarak tezahür edebilir (Koopman ve diğerleri, 2002: 14). Verimlilik ölçümü genellikle kaybedilen verimli zaman açısından tasarlanmıştır. Verimlilik, fiziksel olarak bir çalışan hastalık nedeniyle işe gelmediğinde, izin aldığı anda kayıp olarak görülür. Bu tür verimlilik kayıplarını ölçmek geçerli, güvenilir, doğru raporlar üretebilen idari raporlama sistemleri olduğu için nispeten daha kolay olmaktadır. Çünkü bu tür devamsızlıkların kayıtlara alınması zorunludur. Ancak değerlendirmesi daha zor olan verimlilik türü, fiziksel olarak işte olan çalışanların optimal kapasitelerinin olması gerekenden düşük seviyede olduğu durumlarda ortaya çıkar (Ozminkowski ve diğerleri, 2003: 1184). Bu verimlilik kayıpları kayıtlara da alınmadığı için kayıpların niceliğini belirleme konusunda zorluklar yaşanmaktadır.

Fiziksel ve ruhsal hastalıklar hem çalışma kalitesini hem de çalışma niceliğini etkilemektedir. Çalışma niceliği azalabilir çünkü çalışan normalden daha yavaş çalışabilir ya da çalışma kalitesi daha ciddi hatalara neden olurken algılama, mantıklı düşünme, hatırlama ve karar verme üzerinde de olumsuz etkileri olmaktadır. İşte var olamamanın çalışan motivasyon ve morali, örgütsel kültür (örneğin, hastayken devamsızlık yapmak yerine işte olma konusunda diğer çalışanların baskı yapması), sürekli iyileştirme ya da yenilikler (çalışan bağlılığı eksikliği ve bu nedenle çalışan katkısı), verimlilik ve örgütsel sağlık üzerinde etkileri olmaktadır (TMS Consulting, 2012: 6-7). İşyerinde verimlilik kaybı genellikle sağlık problemleri ve bozuklukları ve çalışma hızı planlamasında kontrol eksikliği nedeniyle meydana gelmektedir. Bu da

çalışanlar arasında sağlık problemlerinin endirekt maliyetlerinin artmasına sebebiyet vermektedir (Alavinia ve diğerleri, 2009: 49).

Özellikle sağlık çalışanları, yüksek talep, personel devri, teknik bilgi ve teknoloji kullanımı açısından bazı işgücü ve istihdam sorunlarının olduğu bilgiye dayalı mesleklerden oluşmaktadır. İşte var olamamanın meydana gelme sıklığını ortaya koyan çalışmalarda, mesleğe göre değişkenlik gösteren bir olgu olması sebebiyle farklı meslek gruplarına odaklanılmıştır. Örneğin bakımevi yardımcıları, hemşireler ve ilkökul öğretmenleri en yüksek işte var olamama oranlarına sahip meslek grupları iken hekimler ve muhasebeciler/danışmanlar arasında hastalık nedeniyle işe gelmeme yaygınlığı düşük bulunmuştur (McKevitt ve diğerleri, 1997). Bu tür meslek gruplarındaki kişilerin hasta hissetmelerine rağmen işe gelmeme oranlarında gözle görülür bir değişiklik yaşanmamıştır. Böyle bir durumda, işe gelip çalışmanın en yaygın nedeni, genellikle aynı işi yapabilecek başka birinin olmamasıdır. Hekimlerin devamsızlık yapmaları durumunda meslektaşlarına fazladan iş yükü olacağı düşüncesi ile örgüt kültürü ve iş etiğine ilişkin güçlü kültürel engeller olduğu da araştırmalardan elde edilen bulgular arasındadır.

Cornell Üniversitesi Sağlık ve Verimlilik Çalışmaları Enstitüsü yöneticisi Ron Goetzel'in Occupational and Environmental Medicine Dergisi'nde yayımlanan çalışmasında hasta çalışanların şirkete toplam maliyetinin %60'ını işte var olamamadan kaynaklanan verimlilik kayıpları olduğu tahmin edilmektedir. Harvard Tıp Fakültesi sağlık politikası profesörü Ron Kessler, işte var olamamanın işe devamsızlıktan daha büyük bir sorun olduğunu ve işte verimlilik kayıplarının üçte ikisi kadar olduğunu öne sürmektedir. ABD'li şirketler işte var olamama sorununun farkında olmakla birlikte bu soruna iki farklı yönden yaklaşmaktadır. Bazıları çalışanların sağlıklı olmasını sağlamayı amaç edinen programlara odaklanırken diğerleri rapor ve izin politikalarını yeniden gözden geçirmeyi tercih etmektedir (Kessler ve diğerleri, 2007).

2.2. İş ve Yaşam Kalitesinde Azalmalar

Kalp hastalıkları, kolesterol, stres, kanser ve depresyon gibi hastalıkların yaşam tarzımıza bağlı bazı alışkanlıklardan kaynaklandığı artık bilinmektedir. Düzensiz ve sağlıksız beslenme, düzenli fiziksel aktiviteler yapmama, sigara ve alkol kullanımı, çok

çalışmaya bağlı olarak stres ya da baskı altında hissetme gibi nedenler hem iş hem de aile yaşantısını olumsuz etkilemektedir (Moseti, 1996).

Kurumlar çalışanların bağlılığını iş kalitesi ve hizmet sunma süresinden ziyade işte harcanan süre açısından değerlendirmektedir. Bu nedenle yönetimin beklentilerini karşılamak için iş-yaşam dengesini kurmaya çalışan kişiler uzun çalışma saatleri baskısı altında kalmaktadır (O'Callaghan, 2013: 14). İşte var olamamanın sonuçlarının iş ve yaşam kalitesini azalttığı varsayılmaktadır.

Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı'nın her beş yılda bir yaptığı Avrupa Çalışma Koşulları Anketi'nin dördüncüsünün 2011 yılında yayınlanan raporuna göre, her beş çalışandan dördü (%80) çalışma zamanlarının dışında kalan sorumlulukları ile olan uyumdan memnun olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmaya göre çalışma haftasının uzunluğu iş-yaşam dengesini etkileyen en önemli faktör olarak bulunmuştur. Uzun saatler boyunca çalışanların %45'i iş-yaşam dengesinden memnun olmadığını belirtmektedir; buna karşılık, haftada otuz saatten az çalışanların %85'i iş-yaşam dengelerinden memnundur. Düzenli uzun çalışma günlerinin de (10 saatin üzerinde) olumsuz bir etkisi bulunmaktadır. Çalışan babalar başta olmak üzere, erkekler iş-yaşam dengeleriyle ilgili olarak kadınlardan daha fazla memnuniyetsizlik beyan etmektedir. Çalışan babaların çalışma saatleri genelde daha uzundur; bu durum, babanın ev hayatındaki rolüne dair değişmekte olan sosyal beklentilerle (ve belki de bu gibi beklentileri karşılayamamanın verdiği hüsrarla) beraber, çalışan babaların görece memnuniyetsizliğini artırabilmektedir. Çalışma zamanı bakımından erkekler ve kadınlar arasındaki fark ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bulgaristan ve Romanya'da erkekler çocuk bakmak için haftada iki saatin biraz üzerinde zaman harcarken kadınlar haftada on saat harcamakta; İskandinav ülkelerinde ise erkekler çocuk bakımı için haftada yedi saat harcarken kadınlar on altı saatten fazla zaman harcamaktadır (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2011: 4-5).

Yine aynı kuruluş 2003-2007 yılları arasında, 28 ülke üzerinde Avrupa Yaşam Kalitesi Anketini gerçekleştirmiş, elde ettiği sonuçları bir rapor haline getirerek 18 Mayıs 2007 tarihinde yayınlamıştır. 27 Avrupa Birliği (AB) üyesi ülke ve aday konumunda ülke olan Türkiye'yi kapsayan anket, yaşamla ilgili çeşitli sorulardan oluşan bir formun, 28 ülkede hane bireylerine cevaplandırılması ve çıkan sonuçların mukayeseli olarak

değerlendirilmesi esasına göre hazırlanmıştır. Buna göre (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2007):

- Türkiye çalışanları, AB ülkeleri çalışanlarına göre, çalışma şartlarının getirdikleri talepler ile ailesine karşı yükümlü olduğu sorumlulukları yerine getirme arasındaki dengeyi sağlayamamaktadır. Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi (EQLS) verilerine göre, çalışan Türklerin %50'si evle ilgili işler ve aileyle ilgilenmeye ayda bir defa zaman ayırabilmektedir. Bu durumun, AB10 yeni üye ülkeler ve AB15 eski üye ülkelerdeki oranlara göre çok yüksek olduğu eleştirilmiştir.
- Eğitim başarısında cinsiyetler arasındaki farklar sınırlı ve dar olmakla beraber, istihdamda cinsiyet farklılıkları büyüktür. Ücretli istihdamda bulunan erkeklerin sayısı kadınların beş katından fazla olup, kadınların ücretsiz aile işçisi olma olasılığı erkeklerin iki katından fazladır. Türkiye'de kadınlarda yaygın olarak görülen ücretsiz aile işçiliği (ev hanımlığı) Avrupa'nın Fransa gibi gelişmiş ülkelerinin 50 yıl önceki haline benzetilmektedir. Ayrıca, tatmin edici bir iş-yaşam dengesi kurmakta zorlandığını rapor eden çalışan kadınların sayısı erkeklerinkinden fazladır.
- AB ülkelerinde erkek ve kadınlar arasında çok az farklılıklar bulunmakla birlikte her iki cinsiyette iş yaşamı ve sosyal yaşamın getirdikleri problemlere karşı dengeyi sağlayabilmektedir. Türkiye'de ise, Türk kadınları, evden gelen talepler ve işten gelen talepler arasında denge kurma konusunda erkeklere göre daha zorluk çekmektedir. Çalışan kadınların %75'ten fazlası en az ayda bir kez işten eve geldiklerinde ev işleri için çalışacak enerjiyi bulamadıklarını, üçte ikilik bir kesimde işten geldikten sonra işlerini yapacak zaman bulamadıklarını bildirmişlerdir.

2.3. Sağlığa İlişkin Maliyetler

21. yüzyılın başından bu yana işte var olamama üzerinde çalışan araştırmacılar hastalık nedeniyle işe gelememenin maliyetinin gitgide azalacağını ve daha yüksek işte var olamama maliyetlerinin ortaya çıkacağı sonucuna varmıştır (Aronsson ve Gustafsson, 2005). İşe devamsızlığın maliyeti belirgindir, yani işe gelmeyen bir çalışanın verimlilik kaybı %100 olur fakat işte var olamamanın maliyeti ise gizlidir (Goetzel ve diğerleri,

2004; MacDonald, 2010: 11). Bu nedenle artık işletmeler sağlık hizmetleri ve işe devamsızlık maliyetlerinin yanında işte var olamama maliyetlerine de gereken önemi vermeye başlamıştır.

Sağlık Yönetimi Programlarının çıktı ölçümleri mortalite, morbidite ve sağlık hizmetleri maliyetleri (tıbbi ve ilaç) iken son birkaç yılda, işe devamsızlık, kısa dönemli işgöremezlik, uzun dönemli işgöremezlik, çalışan maaşları ve işte verimlilik kaybını (işte var olamama) içeren işten uzakta geçen zamana (Time Away from Work-TAW) ilişkin ölçümlere yönelim artmıştır. Genellikle, sağlık hizmetleri maliyetleri direkt maliyetleri ve TAW maliyetleri ise endirekt maliyetleri oluşturmaktadır (Brooks ve diğerleri, 2010: 1055). Sağlık koşullarının toplam maliyetleri sağlık hizmeti, ilaç, işe devamsızlık ve işte var olamama maliyetlerinden oluşmaktadır. Bu dört ölçümün birlikte yapıldığı çok az çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunluğunda bu ölçümlerden bir, iki ya da üçü incelenmiştir. Bu nedenle işte var olamamaya atfedilen toplam harcama yüzdesinin belirlenmesi halen zordur. Bazı sağlık koşulları için, diğer koşullara kıyasla toplam maliyetlerin büyük bir kısmının işte var olamamadan kaynaklı olduğunu söylemek mümkündür. Örneğin, osteoartrit için direkt tıbbi maliyetlerinin toplam maliyetler içindeki oranı daha az olurken kişinin işini yapabildiğini fiziksel açıdan engelleyeceği için işte var olamama maliyetleri daha büyük orana sahiptir. Ancak kardiyovasküler hastalık gibi bir sağlık koşulu sürekli tedavi ve işlem ya da cerrahi müdahale gerektireceği için toplam maliyetlerin büyük bir kısmı tıbbi ve işe devamsızlık maliyetlerine atfedilebilir (Schultz ve diğerleri, 2009: 368).

Sağlık koşullarının işte var olamama maliyetlerinin toplam maliyetler içindeki payını inceleyen bir çalışmada (Collins ve diğerleri, 2005: 554) on kronik sağlık koşulunun toplam maliyetleri (tıbbi, ilaç, işe devamsızlık ve işte var olamama) değerlendirilmiştir. Çalışanlarda 2002 yılında her bir koşulun yaygınlığı, çalışan başına ortalama maliyet tıbbi bakım için 2278\$, işe devamsızlık için 661\$ ve işte var olamama için 6721\$ olarak bulunmuştur. Toplam işgücü maliyetlerinin %6,8'ini işte var olamama, %2,3'ünü tıbbi bakım ve %1'ini işe devamsızlık oluşturduğu görülmüştür.

Endirekt maliyetlerin en önemli bileşeni olan işgücü verimliliği, hem işe devamsızlık hem de işte var olamamanın ölçülmesiyle elde edilir ancak bu maliyetlerin hesaplanması da zor olmaktadır. İşe devamsızlık, işverenlerin etkili bir şekilde

ölçebildikleri bir araştırma alanı olarak daha fazla dikkat çekmiştir. Ancak işe devamsızlığı ölçmek de her zaman kolay olmamaktadır; hastalık nedeniyle işe gelinmeyen gün sayısı personel kayıtlarından kolaylıkla elde edilebilmesine rağmen bazen çalışanlar hastalık nedeniyle değil, kişisel sebeplerden dolayı rapor almaktadır. Ancak son zamanlarda işte var olamama işte verimliliğin en önemli belirleyicilerinden olmuştur. Hem işe devamsızlık hem de işte var olamamayı içeren genel verimlilik kaybını işveren perspektifinden ölçmek, çalışanlar için öz-bildirim anketleri oluşturularak ve uygulanarak mümkün olmaktadır (Huang, 2008: 13). Çalışanların işe gelmemek için yasal bir neden olarak kabul görmeyeceğini düşündüğü hastalıkları olduğu durumlarda işe devamsızlığın ortaya çıkmasının muhtemel olması beklenir. Özellikle depresif bozukluklara ilişkin belirtileri olan çalışanların izin talepleri işverenler açısından tam olarak kanıtlanamadığı için yeterli bir neden olarak görülmebilir ve bu da yüksek miktarda gizli maliyetle sonuçlanabilmektedir (Druss ve diğerleri, 2001: 733).

Devamsızlıklar sıklıkla ya da uzun dönemli olduğunda ve kabul edilemez seviyeye geldiğinde yönetimin müdahale etmesi gerekmektedir. Edilmediği takdirde hem parasal hem de insan ilişkileri açısından pahalıya mal olmaktadır. Çalışanlar işe gelmediğinde katlanılan maliyetler şunlardır (Mani ve Jaisingh, 2014: 16):

- Çalışan değişikliği ya da yerine bir başka çalışanın yerleştirilmesi,
- Hizmet sunumunda aksaklıklar ve amaçlara ulaşılamaması,
- Devamsızlık yapan çalışanlara karşı diğer çalışanların devamsızlığın gereksiz ve yersiz algısı nedeniyle moral düşüklüğü ve genel memnuniyetsizlik yaşamaları.

İşe devamsızlık ve işte var olamama, genel çalışan maliyetlerinin büyük bir kısmını oluşturmakta ve hedeflenen müdahalelerden doğrudan etkilenebilmektedir. İki stratejik nedenden dolayı bu maliyet faktörlerini izlemek gerekmektedir. Birincisi, risklere ilişkin işte var olamama ve işe devamsızlık oranlarını hiç ölçmemiş olan işletmeler için sağlık risk oranlarının çalışan verimliliği üzerindeki göreceli etkisini belirlemeleri için temel bir değerlendirme yapmaları gerekmektedir; daha sonra uygun işlemler yapılabilir. İkincisi, çalışanların sağlık risklerini azaltma stratejileri uygulayan

işletmeler için, verimlilik kaybı değerlendirmelerinin doğru yolda olup olmadığını bildirmek için veri elde edilebilir (Chenoweth, 2011: 4-5).

2.3.1. Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Büyük mali yükü olan risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla belirli bir işgücünde en yaygın risk faktörlerinin saptanması gerekmektedir. Tablo 1’de en fazla görülen risk faktörleri ve çalışanlardaki görülme sıklığı verilmiştir (Chenoweth, 2011: 3):

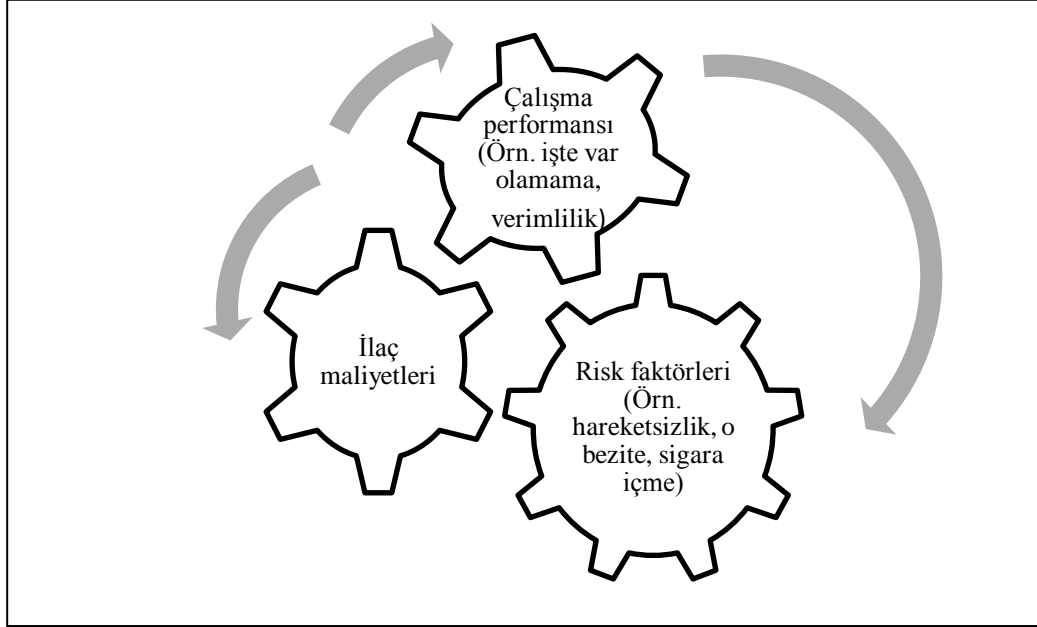
Tablo 1. Seçilmiş Risk Faktörleri ve Sıklıkları

Risk Faktörü	Çalışan yüzdesi
Düşük meyve ve sebze tüketimi	%76,6
Fazla kiloluluk/Obezite	%63,1
Fiziksel aktivite yapmama	%49,0
Stres	%43,0
Yüksek kolesterol	%37,5
Yüksek kan basıncı	%28,7
Artrit	%26,0
Sigara kullanımı	%20,6
Astım	%8,8
Diyabet	%8,3
Depresyon	%6,4
Migren	%6,0
Alkol bağımlılığı	%5,0

Çalışanlar arasındaki obezite, hareketsizlik ve diğer risk faktörlerinin sıklık düzeylerinin yüksek olduğu dikkate alındığında hemen hemen her işletmenin sağlıklı çalışanları için mali sorumluluğu yükleneceği açıktır. Bu gerçeğin farkında olan, vizyonu geniş işletmeler bu risk faktörlerini kontrol edilemeyen maliyet etkenlerine dönüşmeden önce belirlene yoluna gitmektedir. Birçok işletmede insan kaynakları yöneticileri bu zorlukla ilgilenip üstesinden gelme eğilimindedir. Bu yöneticiler, çalışan sağlığı ve çalışma davranışı gibi önemli sorunları çözmek için proaktif bir eylem planı geliştirmede diğer sağlık personeli ile ortak bir vizyona sahiptir (Chenoweth, 2011: 7).

Risk faktörleri belirlendikten sonra riskler ve risklerin işte var olamama ve verimliliğe etkileri ve doğurduğu maliyetler arasındaki ilişkiler incelenir. Bu döngüde risklerin

etkisi ne kadar az olursa verimlilik düşüşü ve maliyet artışı daha az olacaktır (Şekil 6). Fakat risk faktörlerinin görülme sıklığı ile maliyetler her zaman doğru orantılı olmayabilir. Örneğin, sıklığı daha az olan bir risk faktörünün maliyeti sıklığı daha fazla olanlardan daha yüksek çıkabilmektedir.



Şekil 6. Risk Faktörleri, Maliyet ve Performans Arasındaki Etkileşim (Chenoweth, 2011: 5)

Bu konuda iyi bir plan yapabilmek için bazı önemli sorular üzerinde çalışılabilir. Kaç çalışan risk altındadır? Hangi risk faktörleri ve sağlık koşulları görülmektedir? Bu risk faktörleri ya da düzeyleri çalışanların yaşına, cinsiyetine, gelinine, iş türüne ya da diğer demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir? Etkili bir şekilde stratejik eylem planı geliştirmek ve uygulamak, sağlıklı yaşam programında geniş tabanlı bilgi ve becerilere sahip olmaya yardımcı olur. Günümüz sağlık yöneticilerinin başarı düzeylerini artırmak için sorun alanlarına yönelik çözümleri aşağıdaki gibi iki grupta toplamak mümkündür (Chenoweth, 2011: 8):

Sağlık risk değerlendirmesi (SRD): İlk adım çalışan risk değerlendirmesine ilişkin önemli sorunların farkında olmaktır. SRD, iyi bir risk yönetimi planının temel taşı olduğu için doğru ve güvenilir sonuçların dağılımının yapılmasını ve uygun kaynakların kullanılmasını gerekli kılmaktadır.

Çalışma ortamı kültürünün değerlendirilmesi: İkinci adım olarak, çalışanların sağlığını olumlu ya da olumsuz bir şekilde ne kadar etkileyebileceğini görmek için çalışma ortamının kültürünü dikkatli bir şekilde değerlendirmek gerekmektedir.

2.3.2. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlığın Kurumlara Maliyeti

Yapılan çalışmalar, tıbbi harcamaların işverenlerin karşılaştıkları toplam sağlık ve verimliliğe ilişkin maliyetlerin yarısından daha azını oluşturduğunu göstermektedir. Sağlığa ilişkin diğer harcamalar ise işe devamsızlık, iş göremezlik gideri, çalışanların tazminat giderleri, personel devri ve işte verimlilik kayıplarından oluşmaktadır (Goetzel ve diğerleri, 2003: 5).

Sağlık sorunları ve ortalama sıklık tahminlerine dayanarak, hastalıkların genel ekonomik yükü incelendiğinde en yüksek hipertansiyon (bir yılda nitelikli çalışan başına 392\$) ve sırasıyla kalp hastalığı (368\$), depresyon ve diğer akıl hastalıkları (348\$) ve artrit (327\$) olduğu görülmüştür. Birçok durumda işte var olamama maliyetleri ilaç/medikal maliyetlerden daha fazla olmuştur ve bu 10 sağlık durumu için tüm maliyetin %18 ve %60'ını oluşturmaktadır (Goetzel ve diğerleri, 2004: 398).

1999 yılında Florida'da Employers Health Coaliton tarafından yapılan bir çalışmada, işte var olamamaya bağlı verimlilik kaybı maliyetinin işe devamsızlık maliyetlerinden yedi buçuk kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Lowe, 2002). Ayrıca Hemp (2004), tarafından yapılan bir araştırma sonucunda işte var olamamanın diğer sağlıkla ilgili maliyetlerden çok daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık ve Verimlilik Enstitüsü (Institute for Health and Productivity)'ne göre işte var olamama toplam çalışan sağlığı maliyetlerinin %60'ını oluşturmaktadır (Willingham, 2008).

İşte var olamama gibi işe devamsızlık da maliyetli bir çalışan davranışıdır (Parboteeah ve diğerleri, 2005). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, hastalık nedeniyle işe devamsızlığın her yıl 8,4 milyar £ maliyeti olduğu bulunmuştur (Aston, 2010). Yeni Zelanda'da The Southern Cross Health Society (Tynan, 2011), işe devamsızlığın toplum üzerindeki etkisinin gelecek yıl için 0,80 milyar \$ olacağı tahmininde bulunmuştur. Aynı zamanda her yıl kişi başına 4,2 gün hastalık nedeniyle işe devamsızlık yapıldığı tespit edilmiştir. Goetzel ve arkadaşları (2004), Amerika'da çalışanlarda her yıl ruh

hastalıklarının yaklaşık 26 gün, kanserin 17 gün, solunum hastalıklarının 15 gün, astımın 12 gün ve migren/baş ağrısının 11 gün işe devamsızlığa neden olabileceği yönünde tahminde bulunmuştur. Amerika'da işe devamsızlık nedeniyle her yıl çalışan başına ortalama 10,4 gün kayıp olacağı ve bunun da her yıl çalışan başına 920\$ maliyeti olacağı tahmin edilmektedir.

İşe devamsızlık, iş akışında ve işgücünün planlanmasında aksaklık ve verimliliğin azalması sonucu kalitenin düşmesine neden olduğu için işletmelere ciddi boyutlarda mali yük getirmektedir. Ülkemizde 2011 yılında otomotiv sektöründe yapılan bir çalışmada mavi yakalı çalışanların işletmeye mali yükü 76000 TL olarak hesaplanmıştır. Saatlik ücreti 6,7 TL olan çalışanlar, bir yılda yaklaşık 11344 saat iş kaybına neden olmuşlardır (Şenel, 2012).

Ulusal düzeyde işe devamsızlığın maliyeti oldukça büyüktür. İngiliz Sanayi Konfederasyonu'nun son raporu, işe devamsızlığın İngiltere'deki maliyetinin yılda 13 milyar £ olduğunu ortaya koymuştur. Çalışan başına ortalama devamsızlık oranının çalışma süresinin %3,5'i olduğu tahmin edilmektedir. Avustralya'da çalışma günü başına devamsızlık oranı %2,5 ve işverene yıllık toplam maliyeti 7 milyar \$ olduğu saptanmıştır (Wooden, 1992).

Bazı ülkelerde, devamsızlığın maliyetini hesaplamak için çeşitli yöntemler kullanılırken bazı ülkeler halen hiçbir yöntem tespit edememiştir. Devamsızlığın maliyetlerine ilişkin bazı çalışmaların yapıldığı Birleşik Krallık gibi kimi ülkelerde maliyetlerin büyüklüğü iyi bilinmektedir. Ülkelerin önemli bir oranı devamsızlığın maliyetini hesaplama konusunda çok istekli görünmemektedir. Genel olarak, devamsızlığın maliyetleri yüksek, bu maliyetlerin ölçümü son derece değişken ve ülkeler arasında doğrudan kıyaslama yapmak risklidir. Maliyet istatistiklerinin nasıl derlendiğinin açıklık kazanmamış olması bazı sonuçlar doğurmaktadır. Bunlardan ilki, elde işverenler veya hükümetlere olan maliyetler hakkında veri bulunmadığı anlamına gelebilir. İkincisi, maliyet hesaplama yöntemlerinin tespit edilmediği durumda, rapor edilen maliyetleri kıyaslanmanın son derece güç olmasıdır. Hangi maliyetlerin dahil edildiği veya dışarıda bırakıldığına dair net tanımlar olmaksızın, gayri safi yurtiçi hasılanın bir oranı cinsinden farkların kıyaslanması zordur. Devamsızlığın maliyetli olduğu açıktır, ancak herhangi

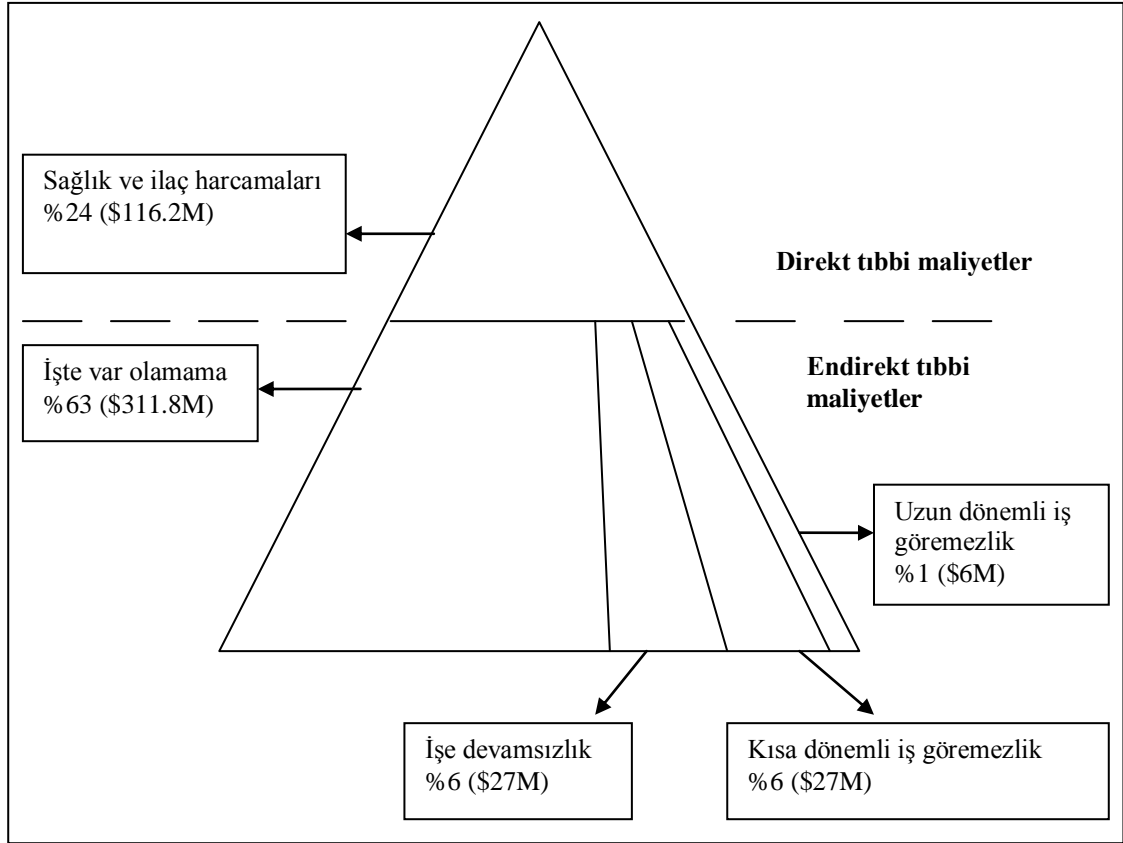
bir ülkede tam olarak ne kadar maliyetli olduğunu belirlemek güçtür (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 2).

Bazı işletmeler sağlığa ilişkin işte var olamama ve işe devamsızlığı düzenli bir şekilde takip etmek için yeterli kaynağa sahiptir ancak birçoğu diğer seçenekleri araştırmaya meyilli olmayabilir. Bu işletmelerin verimlilik faktörlerini değerlendirmek için dikkate alacakları bazı araçlar Tablo 2’de verilmiştir (Chenoweth, 2011: 5).

Tablo 2. Seçilmiş Risk Faktörleri ve Maliyet Değerlendirme Araçları

Risk Faktörü	Sponsor Kurum	Web sayfası
Alkol bağımlılığı	The George Washington University Medical Center	www.alcoholcostcalculator.org/roi
Astım	Agency for Healthcare Research and Quality	http://statesnapshots.ahrq.gov/asthma/
Depresyon		www.depressioncalculator.com
Diyabet	American Diabetes Association	www.diabetesarchive.net/advocacy-and-legalresources/cost-of-diabetes.jsp
Diyabet	Agency for Healthcare Research and Quality	www.ahrq.gov/populations/diabcostcalc/
Migren	The Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA)	www.migrainecalculator.com/welcome.asp
Fiziksel aktivite yapmama (hareketsizlik)	East Carolina University	www.ecu.edu/picostcalc
Tütün kullanımı	American Health Insurance Plans	www.businesscaseroi.org/roi/default.aspx
Obezite	Business Group on Health	www.businessgrouphealth.org/healthtopics/obesitycostcalculator.cfm

Pek çok işveren farkında olmasa da işte var olamamanın – hastalığa ilişkin işte verimlilik kaybı – diğer sağlığa ilişkin maliyetlerden çok daha fazla olabilmektedir. Bank One, işletmenin tıbbi maliyetlerinin dağılımını yaptığında elde ettiği sonuçlar Şekil 7’de gösterilmiştir. Şekil 7’de, sağlık ve ilaç harcamaları çalışanların tedavi ve reçeteli ilaçları için yapılan ödemelerden oluşmaktadır. İşgöremezlik ve işe devamsızlık maliyeti, çalışanlara işte olmadığı zamanlarda ödenen ücretlerdir. İşte var olamama harcamaları ise hastalığa ilişkin verimlilikte yaşanan azalmalar, kayıp gün ya da saatler ve çalışanların maaşları üzerinden tahmini olarak hesaplanmaktadır. Bank One tarafından yapılan bir çalışmada çalışanların toplam tıbbi maliyetlerinin %63’ünü işte var olamamanın oluşturduğu tahmin edilmiştir (Hemp, 2004: 4).

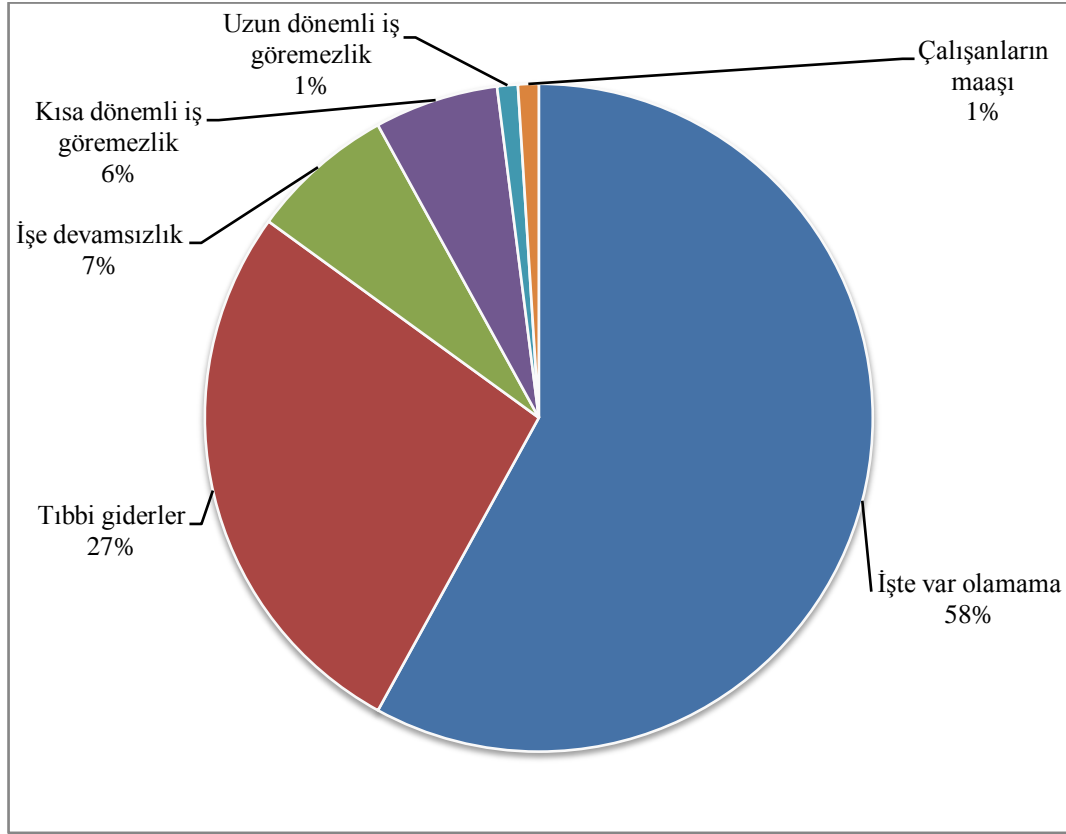


Şekil 7. İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Maliyetleri (Hemp, 2004: 4)

Bir işletmenin görünmeyen gizli maliyetlerine fazla mesai, personel devri, geçici personel alımı, yavaş çalışma, geciken dağıtımlar, oryantasyon eğitimleri, müşteri memnuniyetsizliği, değişken ürün/hizmet kalitesi gibi faktörler de etkili olmaktadır.

Birleşik Devletler'de en sık karşılaşılan on fiziksel ve ruhsal sağlık koşulları için işe devamsızlık ve işte var olamama maliyetleri karşılaştırılmıştır. Yazarlar işte var olamamanın mali yükünün sorunların toplam maliyetinin %61'i kadar olduğunu belirtmiştir (Goetzel ve diğerleri, 2004). Diğer çalışmalarda kronik hastalıkların işte var olamamaya kıyasla işe devamsızlık üzerinde daha negatif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Wang ve diğerleri, 2003). 2002 yılında Lockheed Martin'de araştırmacılar 28 sağlık sorununun işte var olamama üzerindeki etkisini değerlendirmiş ve daha az ağır koşullarda çalışanlarda bile işte var olamama sorununun görüldüğü ve bu 28 sağlık sorunundan kaynaklı işte var olamama nedeniyle işletmenin yıllık 34 milyon dolarlık kaybı ile olduğu bulunmuştur (Hemp, 2004).

Maliyet dağılımını göstermek için bazı çalışmalardan yararlanılarak oluşturulan Şekil 8, işletmelerin çalışan sağlığına ilişkin ayırdıkları payları göstermektedir (Chenoweth, 2011: 7).

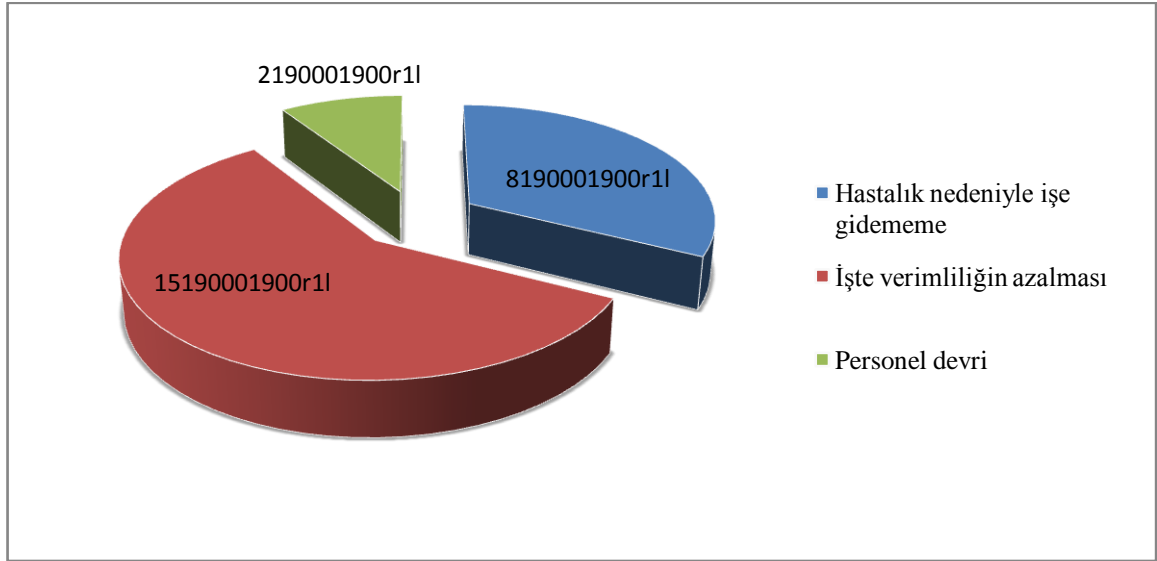


Şekil 8. Çalışanların Sağlığına İlişkin Maliyetlerin Kaynağı

İngiltere işgücünde yer alan tüm çalışanların ruhsal sağlık problemlerinin işverene toplam maliyetinin her yıl yaklaşık olarak 26 milyar £ civarında olduğu ve bunun da çalışan başına 1035£'a tekabül ettiği tahmin edilmektedir. Şekil 9'da ruhsal hastalıkların işletme maliyetleri gösterilmiştir. Bu maliyetler aşağıda verildiği gibidir (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2009: 1):

- Hastalık sebebiyle işe gidememe maliyetinin bir yılda 8,4 milyar £ olduğu saptanmıştır. Çalışanlar yıllık ortalama 7 gün hastalık nedeniyle işe gidememektedir, bunun da %40'ını ruhsal sağlık sorunları oluşturmuştur. Bu, yıllık yetmiş milyon gün kayıp iş gününe tekabül etmekte olup bunun yedi de birinin kişilerin doğrudan iş ve çalışma koşullarından kaynaklı olduğu sonucu elde edilmiştir.

- İşte verimliliğin azalmasının maliyeti bir yılda 15,1 milyar £'dur. İşte var olamamanın, işe devamsızlığa göre daha fazla çalışma zamanı kaybına neden olduğu ve yüksek ücretli çalışanlar arasında daha yaygın bir sorun olduğu için işverene maliyetinin de daha yüksek olduğu hesaplanmıştır.
- Ruhsal bir sağlık sorunundan dolayı işten ayrılan bir kişinin yerine yeni bir personel almanın maliyeti yılda 2,4 milyar £'dur.



Şekil 9. İşyerinde Ruhsal Hastalıkların İşletme Maliyetleri (Milyar £)

Toplam sağlık hizmetleri maliyetlerinin yaklaşık %60'ını işte var olamama, kalan %40'ını ise işe devamsızlık, işgöremezlik ve tıbbi giderler oluşturmaktadır (Biron ve diğerleri, 2006: 28). İşverenler açısından depresyon kaynaklı mali yük depresyonun verimlilik üzerindeki etkisiyle ilgilidir. Buna paralel olarak depresyon tedavisi ile sağlanan faydanın çoğu da iş çıktılarına iyileştirme potansiyeli sağlayabilmektedir (Druss ve diğerleri, 2001: 733). Ruhsal hastalıklarla ilgili olarak, depresyon görülme sıklığı en fazla ve komorbidite olmasından dolayı en maliyetli sağlık sorunları arasındadır. Depresyona ilişkin verimlilik kaybı maliyetlerinin büyük bir kısmı işteyken performans düşüşüne bağlı olarak açıklanmaktadır. Bu maliyetler çoğunlukla işverenlere gizli bir maliyet olmaktadır (Stewart ve diğerleri, 2003).

İşte var olamamanın ABD ekonomisine maliyeti yıllık yaklaşık 150 milyar \$ olarak belirlenmiştir (Hemp, 2004). Çalışan hastalıklarının toplam maliyetinin yaklaşık %60'ı işte var olamama ile ilişkilidir (Goetzel ve diğerleri, 2004).

Tablo 3'te verilen Amerikan işgücü üzerinde yapılan çalışmada on sağlık koşuluna ilişkin tahmini işte var olamama maliyetleri aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır.

Tablo 3. On Sağlık Koşuluna İlişkin İşte Var Olamama Maliyetleri

Sağlık Koşulu	Toplam Mali Yük Ücret/Çalışan/Yıl (\$)	İşte Var Olamama Oranı	İşte Var Olamama Maliyeti/Çalışan/Yıl (\$)
Alerji	271,04	%82	222,25
Artrit	326,88	%77	251,70
Astım	99,55	%72	71,68
Kanser	144,01	%53	76,33
Ruhsal Hastalıklar	348,04	%71	247,11
Diyabet	256,91	%62	159,28
Kalp Hastalıkları	368,34	%19	69,99
Hipertansiyon	392,31	%63	247,15
Migren	213,78	%89	190,26
Solunum hastalıkları	133,84	%23	33,46
Toplam (Ortalama)	255,48	%61	155,92

Kaynak: Health and Productivity Toolkit, 2006.

Yukarıdaki verilere göre bir kurumda 500 çalışan olduğunu varsayıp çalışan başına işte var olamama maliyetini hesaplamak istediğimizde yapılacak işlemler şu şekildedir:

Yıllık toplam (ortalama) maliyet (10 sağlık koşulu için) = 255,48\$ x 500 = 127,740\$

Çalışan başına işte var olamama maliyeti/yıl = 127,740\$ x %61 (ortalama işte var olamama oranı) = 77,921 \$/yıl

Tıbbi maliyet/yıl = 127,740 – 77,921 \$ = 49,819 \$/yıl

Sağlığa ilişkin verimlilik kaybının ekonomik etkisini ölçmek isteyen işletmeler için başka bir seçenek ise minimum işgücü verileri gerektiren basit bir yaklaşım kullanmaktır. Örneğin, aşağıda verilen formül bir işletmenin risk faktörü ile iş devamsızlık ve işte var olamama maliyetlerini hesaplamak için kullanılabilir (Chenoweth, 2011: 5):

Maliyet (F) = Risk faktörüne göre çalışma kaybının yüzdesi (A) x Risk altındaki çalışan sayısı (D [B x C]) x Ortalama gelir (E)

Tablo 4'te ortalama yıllık maaşları 50.000\$ olan 500 kişinin çalıştığı bir işyerinde, ulusal normlar kullanılarak hedeflenen risk faktörleri için örnek bir maliyet değerlendirmesi verilmiştir (Chenoweth, 2011: 6). Risk faktörüne özgü verimlilik kaybı maliyetlerinin kurum içi tahminini yapabilmek için aşağıdaki adımlar izlenir:

1. Tablo 4'te gösterildiği gibi bir çerçeve hazırlanır.
2. Hedeflenen bir ya da daha fazla risk faktörü seçilir.
3. Çalışan sağlık risk anketleri ve sağlık taramaları ya da ulusal normlar kullanılarak işgücündeki her risk faktörünün sıklığı ile ilgili bilgi toplanır (Tablo 4'ün C sütununda gösterilmektedir).
4. Risk altındaki çalışan sayısını belirlemek için sıklık oranı ile çalışan sayısı çarpılır ve bulunan değer tablodaki risk altındaki çalışan sayısı sütununa yazılır.
5. İş yükü kaybı yüzdesi (A), risk altındaki kişi sayısı (D) ve ortalama yıllık maaşı (E) çarparak her risk faktörü için işveren maliyetleri hesaplanır.

Toplam risk faktörü maliyetlerinin hesaplanması: İlk önce, seçilen risk faktörleri için verimlilik kaybı maliyetleri hesaplanır. Maliyet denkleminde her risk faktörünün tıbbi bakım maliyetleri toplam risk faktörü maliyetlerine eklenerek hesaplanabilir (Tablo 4'te G sütunu). Risk faktörüne özgü tıbbi bakım maliyetleri, risk altındaki kişi sayısı (çalışan sayısı x sıklık) ile tıbbi bakım maliyeti çarpılarak hesaplanır. Örneğin, 500 kişinin çalıştığı bir kurumda diyabete ilişkin tıbbi bakım maliyetleri aşağıdaki gibi hesaplanır:

Diyabeti olan çalışan sayısı	42 (D sütunu)
Çalışan başına diyabet maliyeti	1.176 \$ (G sütunu)
	49.392 \$ (H sütunu)

Tablo 4'te gösterildiği gibi, kurum için risk faktörüne özgü tıbbi bakım maliyetleri H sütununa yazılır ve toplam maliyetleri (I sütunu) hesaplamak için verimlilik kaybı maliyetlerine eklenir.

Tablo 4. Risk Faktörüne Özgü Verimlilik Kayıplarının Toplam Maliyetlerinin Hesaplanması (Sağlık ve Verimlilik Kaybı)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Risk Faktörü	İş yükü kaybı %	Çalışan sayısı	Sıklık	Risk altındaki kişi sayısı	Ortalama yıllık maaş (\$)	Örgütsel verimlilik kaybı maliyeti (\$)	Çalışan başına tıbbi bakım maliyeti (\$)	İşveren tıbbi bakım maliyeti (\$)	İşveren toplam maliyet (\$)
Alkol bağımlılığı	0,0978	500	.050	25	50.000	122.250	386	9.650	131.900
Artrit	0,0726	500	.260	130	50.000	471.900	617	80.210	552.110
Astım	0,0600	500	.088	44	50.000	132.000	803	35.332	167.332
Depresyon	0,1712	500	.064	32	50.000	273.920	804	25.728	299.648
Diyabet	0,2320	500	.083	42	50.000	487.200	1.176	49.244	536.444
Yüksek kan basıncı	0,0607	500	.287	144	50.000	437.040	447	64.368	501.408
Yüksek kolesterol	0,0805	500	.375	188	50.000	756.700	892	167.696	924.396
Migren	0,0595	500	.060	30	50.000	89.250	723	21.690	110.940
Fazla kiloluluk/ Obezite	0,0970	500	.631	316	50.000	1.532.600	1.351	426.916	1.959.516
Fiziksel aktivite eksikliği	0,0487	500	.490	245	50.000	596.575	982	240.590	837.165
Stres (Yüksek)	0,0753	500	.430	215	50.000	809.475	764	164.260	973.735

3. BÖLÜM: ÇALIŞANLARIN İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK EĞİLİMLERİNİ AZALTMAK İÇİN YAPILABİLECEK MÜDAHALELER

Daha verimli çalışanları olan bir hastane işte var olamama ve işe devamsızlık oranlarını azaltarak önemli boyutlarda ekonomik kârlılık elde edebilir. İşyerinde gitgide büyüyen bu sorunlar verimlilik kaybının yanı sıra maliyetlerin artmasına da yol açtığı için kurumlar birtakım müdahalelerde bulunmak zorunda kalmışlardır. Her kurum, çalışanlarını etkileyen bu sorunların kaynağına inerek sağlıklı çalışma ortamları oluşturma girişiminde bulunmaktadır.

Çalışanlar çeşitli kişisel ve iş ile ilgili sorunlarla işe gelmektedir. Durum böyle olunca, bu kaygılar işte var olamamayı etkilemektedir. Yöneticilerin bu problemlerin üstesinden gelebilmeleri için çalışanların sorunlarını öğrenmeleri ve kaynak tahsisini yapmaları beklenmektedir. İşte var olamama ve seçeneklerine ilişkin sorunlar hakkında çalışanların eğitilmesi, çalışma ortamının daha çekici hale getirilmesi, işyeri kültürünün değiştirilmesi, %100 verimli olmaları için çalışanların sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak gibi çözüm yollarına gidebilir (Quazi, 2013: 152-153).

İşte var olamama ve işe devamsızlığın farklı türleri ve nedenleri olduğu düşünüldüğünde çok çeşitli çözümler ortaya çıkmaktadır. Öncelikle örgütteki sorun tespit edilmelidir. Mevcut çalışan anketlerine bu sorunlara ilişkin sorular eklenir. Ayrıca çalışanlara kendi işte var olamama ve işe devamsızlık nedenlerine ilişkin de sorular sorulabilir. Bunun yanı sıra sağlık uzmanları, alerji ya da astım gibi en yaygın kronik sağlık sorunlarından şikâyetçi olan bireyler için işyerinde tıbbi destek sağlanması için işverenlere danışmanlık yapabilir (Lowe, 2002). Bu amaçla işyerinde sağlıklı yaşam programına katılımın işte var olamama üzerindeki etkisi incelenmeye başlanmıştır. Bunun teorik temeli ise beşeri sermaye kuramına dayanmaktadır. Çalışanların sağlığının iyileştirilmesi ve korunması verimliliği artırıp maliyetleri düşürerek bir kurumun genel performansını ve kârlılığını artıracaktır. Yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre işyerinde sağlıklı yaşam programına katılımın işte var olamama üzerinde pozitif bir

etkisi olduğu bulunmuştur. Katılımcılar işlerine daha iyi konsantre olup daha fazla odaklanmışlardır. Ayrıca, bu kişilerin programa katılmayanlardan daha yüksek performans ve verimliliğe sahip olduğu görülmüştür. Diğer yandan parasal teşvikler, iş kaybı korkusu, iş sorumluluklarını karşılayacak yetersiz kaynaklar ve cezalar gibi işte var olamamanın belirleyicileri ise araştırma bulgularına göre anlamlı çıkmamıştır (Cser, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Kanada ve İngiltere gibi gelişmiş ülkeler işe devamsızlık konusuna dikkat çekerek, hükümet politikası haline getirerek optimal verimliliğin sağlanmasını hedeflemiştir (Şenel, 2012: 13).

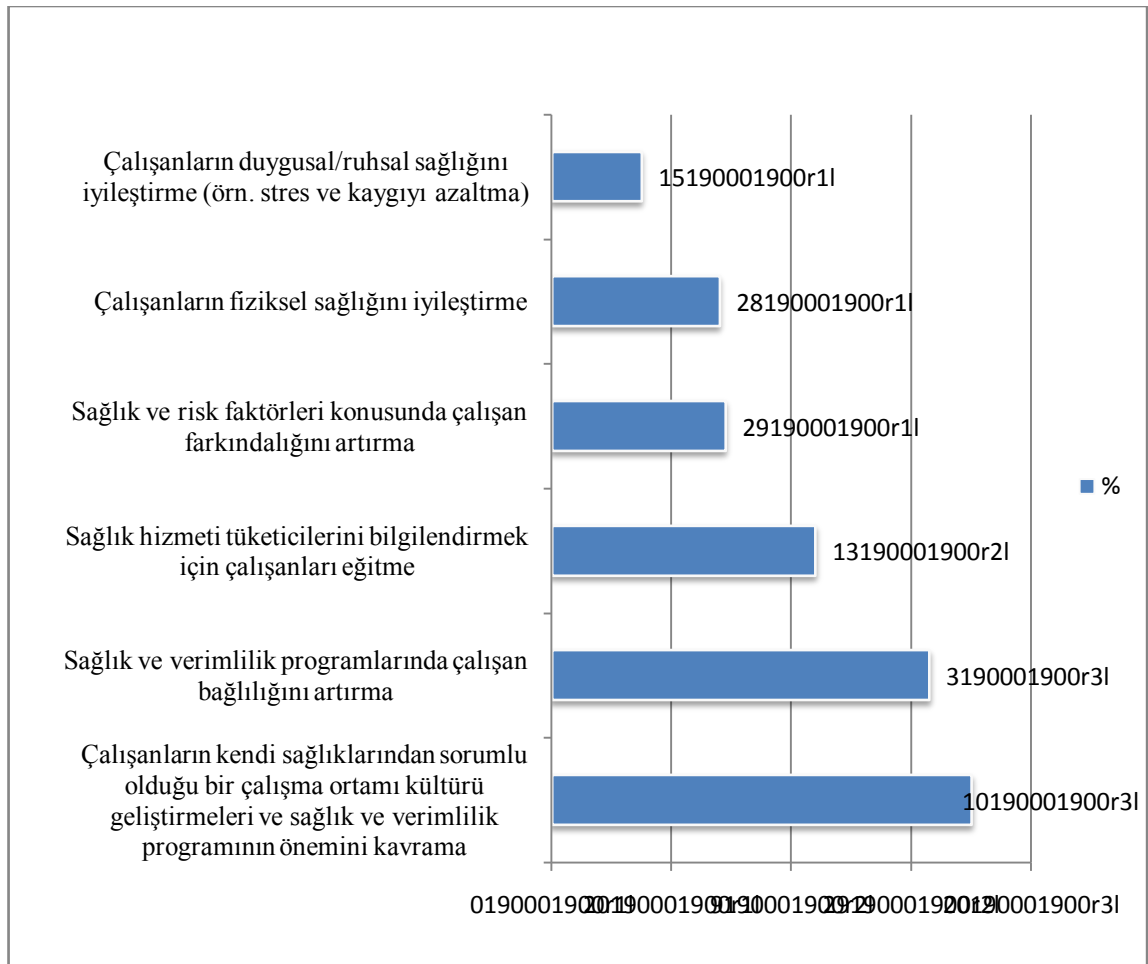
Loeppke (2008), işverenlerin işte var olamama sorununu etkili bir şekilde yönetmeleri için üç strateji önermektedir. Bu stratejiler birincil, ikincil ve üçüncül stratejiler olarak sınıflandırılmıştır. Birincil stratejiler sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi, yaşam tarzı yönetimi, güvenlik, iş ergonomisi ve örgütsel tasarım, beslenme, doğum öncesi bakım, bağışıklık kazandırma ve diğer sağlık hizmetlerinden oluşur. İkincil stratejiler tarama ve erken tanı programları, sağlık koçluğu, biyometrik test ve proaktif iş göremezlik önleme programları (bu tür test ve programlar tipik klinik vakalar ortaya çıkmadan önce bu koşulları belirleyebilir) gibi programları içerir. İşletmeler çalışanların zamanlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yerler oldukları için sağlığı iyileştirecek ve işletme verimliliğini artıracak programların rutin bir şekilde devreye sokulduğu ideal yerler olmalıdır. Üçüncül önleme stratejileri ise, hastalık yönetimi, bakım kalitesi yönetimi, işe dönüş programları, işgöremezlik yönetimi ve mesleki rehabilitasyonu içerir. Bu strateji erken müdahaleler sağlamaya ve günlük hayatta ve işte ciddi sağlık koşullarının etkisini sınırlandırmaya yardımcı olabilir.

Gurchiek'e göre (2009), başka bir strateji ise yöneticilerin, kendilerini iyi hissetmeyen çalışanların evde kalmalarını ve izin almalarını destekleyecek şekilde sağlıklı çalışma ortamları yaratmalarıdır. Bu sayede soğuk algınlığı, nezle, grip gibi bulaşıcı hastalıkların diğer çalışanlara bulaşma riski azalır ve hasta çalışan hastalığı süresince evde kaldığı için iyileşmesi daha çabuk olur.

Ayrıca işverenlerin, çalışan sağlığı sorunlarına yönelik olarak onları kurum başarısı için önemli ölçüde kritik olarak görmesi ve genel örgütsel sağlık strateji açısından sağlığın

değerini, sağlıklı yaşamı ve çalışan-etkililik programlarının önemini anlaması gerekir (Towers Watson/National Business Group on Health, 2013: 2). Yapılan bir çalışmada;

- Amerikalı katılımcıların %49'u bu programların gerekli olduğunu ve %42'si örgütsel sağlık stratejisinde ortalama bir rol oynadığını söylemiştir.
- Gelecek iki yılda bu tür programlara olan desteğin %84 artacağı planlanmakta ve bu desteğin %17 gibi büyük bir artış göstereceği beklenmektedir.
- 10 işletmeden 7'si çalışanların kendi sağlıklarından sorumlu olduğu bir çalışma ortamı kültürü geliştirmeleri ve öncelikli olarak sağlık ve verimlilik programının önemini kavramaları gerekmektedir (Şekil 10).



Şekil 10. Sağlık ve Verimlilik Programlarının Öncelikleri

Sağlığı iyileştirme stratejileri sağlık risklerini azaltır, hastalığın ortaya çıkma olasılığını en aza indirir, verimliliği artırır ve sağlığa ilişkin toplam maliyetleri azaltır. Sağlığın

performans üzerindeki etkisi analiz edilirken izlenecek adımların kısaltılmış versiyonunda yer alan öneriler şunlardır (Shutler-Jones ve Tideswell, 2011):

- Düzenli sağlık risk değerlendirmeleri başlatmak,
- Sağlığın çalışma performansı üzerindeki etkisini analiz etmek,
- Politikaları gözden geçirmek ve bu politikalardan yararlanmak,
- Çalışan sadakati programı geliştirmek,
- Bu programların çalışanların sağlıklarını koruduğundan emin olmak,
- Hedeflenen yaşam tarzı ve hastalık yönetimi programlarını uygulamak,
- Çalışanların sağlıklı kalmasını sağlayacak programları teşvik etmek,
- Çalışma ortamı ve ergonomisini değerlendirmek,
- İşte verimlilik konularına odaklanmak,
- Çalışanların uygun tedaviye erişimini kolaylaştırmak,
- Akıl sağlığı hizmetlerinin kapsamını değerlendirmek,
- Çalışanların hastayken izin almalarının desteklendiği çalışma ortamı geliştirmek,
- Çalışanların verimliliğine yardımcı olmak için sağlık, refah ve koruyucu programları bütünleştirmek.

İnsan kaynakları uzmanları bu adımların başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için üst yönetimin ve çalışanların farkındalığını sağlamalıdır. Çalışanlar hasta oldukları zaman izin verildiğinde daha çok motive oldukları ve verimlilik üzerindeki etkilerinin daha olumlu olduğu konusunda yöneticilerin eğitilmesi gerekmektedir. Ancak yönetimin iş devamsızlık konusunda katı kurallarının olması, hatta rapor almanın sınırlandırılması bu tür uygulamaların yürütülmesini zorlaştırmaktadır (Quazi, 2013: 152).

Çalışanlar için geliştirilen Çalışan Destek Programları (Employee Assistance Programs- EAPs), işyerinde madde bağımlılığı ve depresyona yönelik maliyet-etkin çözümler sunmaktadır. Diğer hizmetleri arasında ise, EAPs işyeri işleyişini bozabilen çeşitli kişisel ve işyeri sorunları ile karşı karşıya kalan çalışanlara yardımcı olmak için kısa dönemli danışmanlık sağlamaktadır. Bu tür programlar, çalışanların iş verimliliğini azaltan çeşitli ruhsal ve sinirsel sorunlar ile başa çıkmalarında, strese ilişkin belirtilerin en aza indirilmesinde faydalı olmaktadır. Ayrıca çalışanların stresle başa çıkabilmelerine yardımcı olmak için Stres Yönetimi Eğitimi (Stress Management

Training) ile stresin fizyolojik ve psikolojik sonuçlarının nasıl azaltılabileceği öğretilir. Bu tür programlarla sorunların tamamen ortadan kaldırılması amaçlanmayıp işyerinde sorunlarla başa çıkabilmeyi ve olası olumsuz sonuçları olumlu hale getirebilmeyi sağlamak istenmektedir (Richmond ve diğerleri, 2014: 3).

Chenoweth (2011: 2) ise işte var olamama sorununu azaltma konusunda aşağıdaki yöntemleri önermektedir:

Yöneticileri ve çalışanları eğitme: Düşük performansla sahip kurumlardaki üst düzey yöneticiler genellikle iyileştirmelerden kaçınmalarından dolayı sağlık-çalışma davranışı eşitliğini göz ardı etmektedir. Daha da kötüsü, bu işletmelerde iş gerekçesi çalışanlar arasında her zaman yankı uyandırmamaktadır. Ayrıca maliyetleri düşürmenin önemli olduğu ve artan iş yükünün olağan sayıldığı bir ortamda ne kadar sağlıklı, üretken, düşük-riskli, esnek, serbest ve güçlendirilmiş çalışanlar olması beklenebilir? Bu durumda insan kaynakları uzmanları işletmelerde olumlu sonuçları artırmak amacıyla çalışan merkezli programlar, politikalar ve girişimler yürütmelidir.

Ölçüm araçlarının uygulanması: İnsan kaynakları uzmanlarının gerçek dünya düzeninde basit ölçüm araçlarına ve veriye dayalı puanlamalara ihtiyacı vardır. Bunun için de bu uzmanların ellerinde pek çok seçenek vardır. Günümüzün iş iklimi pratiklik, maliyet-etkin değerlendirmeler ve devamlı stratejik bilgi üreten değerlendirme protokollerini gerektirmektedir.

Değişen iş gücünü anlamak: Çalışan sağlığı ve çalışma davranışı bağlamında beşeri sermayenin değerini stratejik olarak değerlendirmek amacıyla insan kaynakları uzmanlarının değişen işgücü mahiyetini anlamaları gerekir. İşgücünün yaşlanması, işyerinde kronik hastalıkları olan çalışanların artması, kadın çalışan sayısının yüksek olması ve geçinmek amacıyla iki işte çalışmak zorunda kalan insan sayısının artması gibi çalışma hayatı demografisinde genel olarak yaşanabilen değişikliklerin uzmanlar tarafından saptanması gerekmektedir.

İşyerinde Ruhsal Sağlık Birliği (The Partnership for Workplace Mental Health), Amerikan Psikiyatri Derneği'ne (American Psychiatric Association) bağlı bir kuruluş olan Amerikan Psikiyatri Vakfı'nın (American Psychiatric Foundation) bir programıdır.

Bu program, madde bağımlılığı dâhil çeşitli ruhsal hastalıkları olan çalışanların ve ailelerinin daha etkili bakım almalarını sağlamak için işletmelere destek vermektedir. İşverenler, tedavi edilmeyen ruhsal hastalıkların işe devamsızlığı artırdığı, verimliliği azalttığı ve sağlık ve iş göremezlik maliyetlerini etkilediğinin farkındadır. İşyerinde Ruhsal Sağlık Birliği, işyeri ruhsal sağlığını geliştirmek amacıyla işverenlere anksiyete bozuklukları, yetişkinlerde dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, alkol kullanımına bağlı yaşanan sorunlar, bakım verme, depresyon, mali sıkıntı, post travmatik stres bozukluğu (travma sonrası gelişen stres bozukluğu), stres ve intiharı önleme gibi konularda bilgi ve kaynak sağlamalıdır. Ruhsal olarak daha sağlıklı işgücüne yatırım yapmak işletmelerin yararına olacaktır. Çalışanlar ruhsal hastalıkları için daha etkili tedavi aldıklarında sonuç daha az toplam ilaç maliyetleri, artan verimlilik, daha düşük işe devamsızlık ve işte var olamama ve azalan iş göremezlik maliyetleri olacaktır (Tablo 5).

Tablo 5. Ruhsal Sağlık Destek Programlarının Faydaları

İşverene Sağladığı Faydalar	Çalışana Sağladığı Faydalar
İşle bütünleşme	Daha sağlıklı ve daha dinamik olma
Daha iyi moral	Stresle başa çıkabilme
Daha düşük işe devamsızlık	Yaşam ve iş doyumu
Daha düşük işte var olamama	Daha az hastalık
Daha az iş göremezlik	Kronik sağlık koşullarını daha iyi yönetebilme
İşte ya da iş dışında daha az yaralanma	Uygunsuz ilaç ve acil servis kullanımında azalma
Çalışanların daha az tazminat talepleri	Daha uzun bir ömür
Daha düşük sağlık harcamaları	
Personel alımında iyileştirme	
Daha az personel devri	
Daha az eğitim	

Kaynak: <http://www.workplacementalhealth.org/>

Bu sorunla başa çıkabilmek ve sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturabilmek için makro (ülke) ve mikro (işletme) düzeyde iyileştirmeler yapılmalıdır. Ancak günümüzde sağlık iyileştirme programlarının çok azı ölçülebilir, sürdürülebilir ve etkilidir (Glynn ve Cheng, 2011: 45-46).

Ülkemizde ise 2000'lerin başında tanınmaya başlayan işte var olamama sorunu için özellikle büyük ve yabancı şirketler, çalışma yaşamını tehdit eden, verimliliği düşüren ve çalışanı mutsuz eden rahatsızlıkları önlemek amacıyla bu tür programlar oluşturma yoluna gitmektedir. Bununla birlikte uzmanlar Türkiye'de işte var olamamanın tam anlamıyla anlaşılmadığını düşünmektedir. Human Resources Management'ın kurucu ortağı Aylin Coşkunoglu Nazlıaka Türkiye'de işte var olamama sorununu azaltmak için esnek çalışma saatleri, uygun bütçe planlaması, grip aşısı, motivasyon eğitimleri yapıldığını belirtmiştir. İşte var olamama sorununu azaltma için alınan önlemlerden biri de Çalışan Destek Programları'dır. Davranış Bilimleri Enstitüsü Kurucu Başkanı Psikolog Emre Konuk, bu programların, işyerinde verimi düşürdüğü bilinen, ancak evde kalmayı gerektirmeyen rahatsızlıkları olan çalışanların sorunlarına çözüm bulduğunu ifade etmiştir. Türkiye'de 2004 yılında Motorola bu tür bir program başlatmıştır. Konuk, bu programların genel işleyişi ile ilgili *"Bu birimde koordinasyonu sağlayan bir psikolog bulunur. Bu kişi kendi deneyimleri doğrultusunda farklı profesyonellerle çalışır. Bunlar duruma göre evlilik danışmanı, kaygı bozukluklarına yönelik çalışmaları olan uzmanlar, çeşitli sağlık problemlerine yönelik kişilerden oluşur. Bu birime şirket içinde çalışan herkes her türlü sorunu için başvurabilmektedir."* açıklamalarında bulunmuştur. Ernst&Young İnsan Kaynakları yöneticisi Elif Baydar, *"Uluslararası şirketlerin bu konuya daha fazla önem verdiklerini, Türkiye'de en fazla verimlilik kaybına neden olan rahatsızlıkların başında depresyonun geldiğini"* belirtmektedir. Ayrıca, *"Ülkemizin dünyadaki eğilime göre ters bir seyir izlediğini, örneğin İngiltere'de çalışanların fazla mesai yapmasını önleme çalışmaları ve öğle tatillerine çıkılması mecburiyeti varken ülkemizde çalışanların öğle tatillerini kullanamadıklarını ve optimalin üzerinde çalıştırıldığını"* ifade etmiştir. Bunun nedeni ise henüz işte var olamama gibi kavramların anlaşılmasını olmasından kaynaklanmaktadır (Öncel, 2005).

İşe devamsızlık ile ilgili araştırmalara dayanarak işletmeler bu devamsızlıkları önlemek için çeşitli yollara başvurmuşlardır. Ödüllendirmeleri artırarak devamsızlıkları azaltmaya çalışan işletmeler birkaç müdahale ile bu amacını gerçekleştirebilir. Örneğin, işletmeler çalışanların iş tanımlarını yeniden düzenleyebilir (Aktaran: Jex, 2002: 159), karar verme sürecine katılmaları için daha fazla fırsat sağlayabilir (Spector, 1986: 1005) ya da örgütsel amaçları gerçekleştirmeleri için çalışanlarına daha fazla destek verebilir

(Eisenberger ve diğeri, 1986: 500). Bu yaklaşımı kullanan işletmeler, çalışanlarının çalışma ortamlarını daha cazip hale getirerek devamsızlığı azaltmayı hedeflemektedirler. Bu yaklaşımın yanında işletmeler ayrıca devamsızlık kontrol politikaları yoluna gidebilir. Örneğin, bazı işletmeler kullanılmayan raporlar için çalışanların zararını ödemektedir. Diğer işletmelerde, hasta günler biriktirilebilir ve diğer amaçlar için kullanılabilir. Daha yaratıcı yollardan birisi de Pedalino ve Gamboa'nın çalışmalarında (1974); yer almaktadır (Aktaran: Jex, 2002: 159). Buna göre, çalışanlara işe geldikleri her gün için bir poker kâğıdı dağıtılır ve her ayın sonunda en iyi ele sahip olan çalışan havuzdaki parayı kazanır. Görüldüğü gibi bu örneklerin tümünde çalışanlar işe gelmedikleri günler için cezalandırılmamaktadır. Bunun yerine sürekli işe devamlılıklarını sağlamak için ödüllendirme politikaları uygulanmaktadır.

İşten duyulan tatminin yüksek düzeylerde olmasına yardımcı olduğu düşünülen bazı faktörler vardır (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2011):

- Kişinin kendi kurumuna 'aidiyet' duygusu;
- Yapılan işin karşılığının alındığı duygusu (gelir düzeyinden bile çok daha önemlidir);
- Kişinin işi üzerinde daha fazla otonomi ve kontrol sahibi olması;
- İşin, aşırı baskı ya da iş yoğunluğu olmaksızın, entelektüel vasıflar gerektirmesi;
- Kariyer gelişimi için potansiyel fırsatlar sunması;
- İş-yaşam dengesine ilişkin genel tatmin.

4. BÖLÜM: SAĞLIĞA İLİŞKİN VERİMLİLİK KAYIPLARINI ÖLÇMEDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Tarihsel olarak, sağlık kurumları ne devamsızlık, iş göremezlik ve çalışan maaşını ölçecek ve yönetecek kadar çalışan sağlığını incelemiş ne de çalışanların işte var olamama ve depresyon sorunlarını nicelendirmek için herhangi bir gereç geliştirmiştir. Ancak, gitgide artan ve büyüyen kurumlar, çalışma verimliliğini ve işte var olamamayı saptamak için Work Limitations Questionnaire (WLQ), Health and Work Performance Questionnaire (HPQ), Stanford Presenteeism Scale (SPS) ve Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) gibi öz-bildirim gereçlerini kullanmaya başlamıştır. Herhangi bir öz-bildirim ölçeğinde, hatırlamanın doğal yanlılığının yanı sıra bu gereçler aracılığı ile önemli ve değerli bilgiler elde edilmektedir (Pilette, 2005: 301).

İşte var olamama ve işe devamsızlığı ölçmek için çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Ancak henüz işte var olamamanın hem teorik hem pratik kaygılarını ortaya çıkaran ölçümü hakkında önemli sorular cevaplanmamıştır. Örneğin, objektif verimlilikle ilgili ölçümler azdır ve genellikle iş ya da çalışana özgü ölçeklerdir. Bu nedenle sonuçları da genel olarak diğer meslekler ya da sektörlere genellenememektedir. Özellikle bilgiye dayalı ya da ekip odaklı mesleklerin verimliliğinin ölçülmesinde zorluklar vardır. Bu objektif ölçümlerin eksikliğini karşılamak için çoğu işte var olamama ölçeği, güvenilirlik sorularını kaçınılmaz olarak ortaya koyan öz-bildirim verilerine dayalıdır. Yanlılığı en aza indirecek kadar kısa ancak genellenebilmesi için de uzun, optimal hatırlama periyodu ve uygulama kolaylığını maksimize etme ölçekle ilgili diğer konulardır. Sonuç olarak doğru bir işte var olamama ölçeğinin geçerliliği (yani şirketlerin tanımladığı verimliliği ne ölçüde ölçtüğü), güvenilirliği (yineleme boyunca verimliliği tam olarak ne kadar ölçtüğü) ve cevap verilebilirliği (verimlilikteki değişikliklere ne kadar duyarlı olduğu) göstermesi gerektiği düşünülmektedir (Brooks ve diğerleri, 2010: 1056).

Çalışma ortamının negatif algıları, kişilerarası çatışmalar, iş tatminsizliği ve sağlık koşulları işte var olamama sorunun ortaya çıkmasında önemli etkenlerdir. Stres denetimlerinin kullanımı ve iş doyumunu araştırmaları çalışma ortamını incelemek ve doğrudan verimlilik sorunlarına işaret edebilmek için ölçekler sunmaktadır. Bir ölçeğin

temel amacı, bir kurumun işte verimlilik kaybının tümünü değilse de bir kısmını iyileştirebileceğini maliyet-etkin bir şekilde belirlemek olmalıdır (Pilette, 2005: 301-302).

Aşağıda, bu amaçla geliştirilmiş bazı ölçekler hakkında çalışmalar yer almaktadır. Çalışan verimliliğini ölçmek amacıyla literatürde Work Limitations Questionnaire (WLQ), Health and Work Performance Questionnaire (HPQ), Work Productivity Short Inventory (WPSI), Stanford Presenteeism Scale (SPS-32, SPS-13, SPS-6), Work and Health Interview (WHI), Health and Labor Questionnaire (HLQ)], Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI), Work Performance Scales, Endicott Work Productivity Scale, Health-Related Productivity Questionnaire Diary, Angina-related Limitations at Work Questionnaire, Worker Productivity Index (WPI), American Productivity Audit (APA), Health and Work Questionnaire (HWQ), Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire, Migraine Disability Assessment Questionnaire, Osterhaus Technique (OT), Worker Productivity Index, Unnamed Hepatitis Instrument, Employer Health Coalition (EHC), Quantity and Quality Instrument (QQ) ve Work and Health Interview (WHI) gibi ölçekler kullanılmaktadır.

4.1. World Health Organization's (WHO'S) Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)

Harvard araştırmacılarından Dr. Ronald Kessler ve arkadaşları (2003) bu anketi, DSÖ için Global Hastalık Yüku İnisiyatifi'nin (Global Burden of Disease Initiative) bir parçası olarak geliştirmiştir. HPQ aslında işveren perspektifinden çalışan verimliliğini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır (Park, 2014: 10). Azalan iş performansı, hastalık nedeniyle işe devamsızlık ve işe ilişkin kazalar-yaralanmalar açısından sağlık sorunlarının maliyetini tahmin etmek için tasarlanmış öz bildirim aracı olan HPQ, mevcut sağlıkla ilgili verimlilik ölçekleri incelendikten sonra oluşturulmuştur. Havayolu rezervasyon acentesi çalışanları, müşteri hizmetleri temsilcileri, otomobil üreticisindeki yöneticiler ve demiryolları mühendisleri olarak dört farklı meslek grubu örnekleminde test edilmiştir (Lofland ve diğerleri, 2004: 182). Pilot görüşmeler yapılmış ve belirsiz soru ve ifadeler olup olmadığını belirlemek için bilişsel bilgilendirme görüşmeleri yürütülmüştür. HPQ'nun çalışan versiyonu ve klinik çalışma versiyonu olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Klinik çalışma versiyonu, daha kısa ve amacı sadece çalışma

bozukluğuna ilişkin hastalıklara odaklandığı için kronik koşullar listesi ve sağlık hizmetleri kullanımına yönelik sorular içermemektedir. Çalışan versiyonu sağlık statüsü ile ilgili 59 ifade, çalışma koşulu ve performansı ile ilgili 24 ifade ve demografik bilgilerle ilgili 8 ifade olmak üzere üç bölüm ve toplam 91 sorudan oluşmaktadır. Hatırlama periyodu ise son 4 hafta olarak belirlenmiştir (Kessler ve diğerleri, 2003).

Ülkemizde henüz geçerlik ve güvenilirliği yapılmayan HPQ'nun Coşkun (2012) tarafından "Sağlık ve İşte Başarı Anketi" olarak Türkçe uyarlaması yapılmıştır. HPQ, işe devamsızlık ile ilgili soruların yanı sıra işte yaşam kalitesini ve miktarı ("işte var olamama" olarak adlandırılır), işte kritik olayları ayrıca işe ilişkin başarılar, hatalar ve kazaları da içermektedir. Ankette son 28 gün içinde çalışılan saatler ile ilgili sorular sormadan önce hafıza taramasını harekete geçirmek için son 28 günde işe gelinmeyen günler hakkında sorular yer almaktadır. HPQ'da işte var olamama sorununu ölçmek için iki bölümden oluşan sorular kullanılmış; ilk bölümde katılımcıların çalışma saatleri boyunca ne kadar sıklıkla çalışma yaşamı kalitesi ve miktarında azalmalar olup olmadığı hakkında sorulardan oluşan Likert ölçeği yer almaktadır (Kessler, 2003).

HPQ, sağlık problemlerinin işyeri maliyetlerini üç boyutta tahmin etmesi için tasarlanmış öz-bildirim gerecidir. Bu üç boyut; azalan çalışma performansı, hastalık nedeniyle işe gelememe ve iş kazaları ve yaralanmalarından oluşmaktadır. Azalan çalışma performansı için, ankette iki bölüm oluşturulmuştur. İlkinde, katılımcılara son 28 gün içinde işteki performanslarını gözden geçirmelerini gerektiren sorular sorulmuştur. Örneğin, ne kadar sıklıkla çalışma verimliliğinizin ya da hızınızın beklenenden daha düşük olduğunu düşünöyorsunuz, çalışmanız gereken zamanlarda çalışmıyorsunuz, çalışma kalitenizin beklenenden daha düşük olduğunu düşünöyorsunuz ve bunun gibi doğrudan işte var olamamayı ölçmeyen ancak iyi ve kötü performans hakkındaki sorulardır. Anketin ikinci bölümünde 0'dan 10'a kadar sıralanan çalışma performansı skalası yer almaktadır. Burada çalışanlar kendilerinin ve çalışma arkadaşlarının performanslarını değerlendirmelerine ilişkin verilen cevapları değerlendirilmektedir (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2009).

Mutlak işte var olamama, katılımcılara olası performanslarına (0=en düşük performans ve 100=en yüksek performans) ilişkin gerçek performanslarını derecelendirmeleri istenerek değerlendirilmiştir. Göreceli işte var olamama ise, çalışma arkadaşlarının

performanslarına ilişkin gerçek performansları (0=en düşük performans ve 100=en yüksek performans) derecelendirmelerinden oluşmaktadır (Coffeng ve diğerleri, 2014: 259).

4.2. Stanford Presenteeism Scale (SPS-6, SPS-13, SPS-34)

Merck tarafından finanse edilen ve Stanford School of Medicine ve American Health Association'daki araştırmacıların geliştirdiği SPS'nin 3 farklı versiyonu bulunmaktadır: SPS-6, SPS-13 ve SPS-34. SPS, işte var olamama, sağlık sorunları ve işyerinde verimlilik arasındaki ilişkiyi değerlendiren 34 ifadelik bir ölçek (The Stanford/American Health Association Presenteeism Scale ya da SAHAPS) olarak geliştirilmiştir. Sonraki çalışmalarda kullanılan SAHAPS ifade azaltma yoluna gidilerek psikometrik özellikte 5'li Likert ölçeğinde 6 ifadelik bir anket (SPS-6) biçimde oluşturulmuştur (Koopman ve diğerleri, 2002). SPS-6, kişilerin dikkati dağınıkken çalışma performansı göstermek için iç kapasite olarak işte var olamamanın özelliğini test etmek için en faydalı gereç olarak seçilmiştir (O'Donnell, 2009). Çalışanların performans skorları elde edilebilir ancak bu sonuçları verimlilik kaybına dönüştürülememektedir. Daha çok davranışsal yönlere odaklanmaktadır (Brooks ve diğerleri, 2010: 1057).

Turpin ve arkadaşları (2004) SPS-13'ün geçerlilik ve güvenilirliğini yapmıştır. SPS, bilgiye dayalı çalışanlar (beyaz yakalılar) ve üretime dayalı çalışanlara (mavi yakalılar) odaklanarak benzer ölçeklerden farklılaşmaktadır. Üretime dayalı işlere kıyasla bilgiye dayalı işler genellikle daha karmaşık bilişsel fonksiyonlar ve daha büyük ölçüde bilgi transferi gerektirir ve bir ekip tarafından gerçekleştirilmesi gereken görevler ile birbirine bağlıdır.

SPS-6, Coşkun (2012) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Stanford Kendini İşe Verememe-6 adı ile Türkçe literatüre kazandırılmıştır.

İşgücü verimliliği, bir işletmenin genel performansının gücü ve sürdürülebilirliğinde kritik bir faktör haline gelmiştir. İşe devamsızlık, verimliliği etkiler; ancak çalışanlar fiziksel olarak işte bulunsalar bile verimlilikte azalma ve normalden daha düşük çalışma kalitesi gibi durumları yaşayabilmektedir. Kopman ve arkadaşlarının (2002: 14-15)

yapmış olduğu bir çalışmada, sağlık problemlerinin bireysel performans ve verimlilik üzerindeki etkisini değerlendiren işte var olamama ölçeğinin oluşturulması ve test edilmesi amaçlanmıştır. 175 sağlık çalışanına 34 ifadenin yer aldığı Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-34) uygulanmıştır. Bu sonuçları kullanarak, SPS-6'da sonuçlanan işte var olamamayı tanımlamak için altı temel ifade belirlenmiştir. SPS-6, sağlık ve verimliliği ölçmede kullanımının yapılabilirliğini destekleyen psikometrik özelliklere sahiptir. SPS-6'nın gerçek işte var olamama (çalışma kaybı verileri) ya da sağlık statüsü (sağlık risk değerlendirmesi ya da kullanım verileri) üzerindeki geçerliliği de gerekmektedir. Çalışan popülasyonda işte var olamama, sağlık sorunları ve verimlilik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Stanford Presenteeism Ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçek çalışanların sağlık sorunlarına rağmen konsantre olup iş yapabilme becerilerini ölçmektedir. Mevcut diğer ölçekler bazı sağlık sorunları ve çalışma çıktısı arasındaki ilişkiyi incelemektedir. SPS-32, konsantrasyonun bilişsel, duygusal ve davranışsal yönlerini ölçerek işte var olamama kavramını somutlaştırmaktadır. Bu, çalışma süreci ve sonuçlarına ve çalışanın işe ilişkin amaçlarını gerçekleştirirken bir sağlık sorununun üstesinden gelme becerisine neden olur.

4.3. Work Limitations Questionnaire (WLQ)

Tufts Üniversitesi'nden Debra Lerner tarafından geliştirilen WLQ, iş rollerini yerine getirebilmede kronik sağlık koşullarının engelleme derecesini ölçmek için güvenilir ve geçerli bir öz-bildirim gerecidir. Diğer gereçlerin aksine talep düzeyi metodoloji ile işin kapsamına yöneliktir (Lerner ve diğerleri, 2001: 78-79). Son iki haftayı temel alarak yanıtlanan sorular işte verimlilik ve işgöremezliği ölçen 5'li Likert ölçeğinde 25 ifade ve 4 alt ölçekten (zaman yönetimi, fiziksel talepler, ruhsal-kişilerarası ve çıktı talepleri) oluşmaktadır. Bu ölçek, osteoartrit, romatoid artrit, fibromiyalji ve depresyon gibi kronik hastalıkların teşhis edildiği çalışanlarda kullanılabilir. Parasal değere dönüştürülmesi önerilmemektedir (Brooks ve diğerleri, 2010: 1057).

WLQ'nun sonuçları bir çalışanın işte 4 çeşit görev ile sınırlandırıldığı son 2 haftadaki zaman yüzdesini yansıtır: fiziksel talepler (ağırlık kaldırma gibi), zaman yönetimi (gerekli çalışma saatleri gibi), zihinsel ve kişilerarası talepler (görevlere odaklanma gibi) ve çıktı talepleri (iş yükü yürütme) (Pilette, 2005: 301).

4.4. Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)

Bu ölçek, 1993 yılında genel ve belli sağlık koşullarının verimlilik kaybı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla Galveston ve Marion Merrell Dow'da (şimdiki Sanofi-Aventis) University of Texas Medical Branch işbirliğinde Reilly Associations tarafından geliştirilmiştir. Birinci versiyonu WPAI-GH (General Health), 5'i çalışma verimliliği ile doğrudan ilişkili toplam 6 sorudan oluşan ölçek genel sağlık durumunu ölçer. Ankette iş durumuna ilişkin, sağlık sorununun bir sonucu olarak kaybedilen çalışma zamanını değerlendirmeye yönelik, diğer sebepler (tatil, izin) nedeniyle kaybedilen saatler, gerçekten çalışılan saatlere yönelik sorular yer almaktadır. Son iki soru ise sağlık sorunları çalışırken verimliliği ve düzenli günlük faaliyetleri ne kadar etkilediği ile ilgilidir (Park, 2014: 9). İkinci versiyonu ise WPAI-SHP (Specific Health Problem), 2'si okul verimliliğine ilişkin, 2'si çalışma verimliliğine ilişkin olmak üzere toplam 9 sorudan oluşan ve belirli bir sağlık sorununa yönelik hazırlanan bir ölçektir (Huang, 2008: 26-27). Kantitatif sağlık çıktılarının WPAI ölçeğinin yapı geçerliliği, iki farklı yöntem ile uygulanmış yeniden üretilebilirliği ile birlikte klinik çalışmalarda kullanılmak için test edilmiştir. WPAI'nın yapı geçerliliği, genel sağlık algıları, fiziksel rol, duygusal rol, ağrı, semptom şiddeti ve düzenli faaliyetlerin çatışmasına ilişkin işte kaybedilen zamanı ve düzenli faaliyetleri ölçer. Genel verimlilik skoru, çalışarak harcanan zaman ile işteki normal verimliliğin çarpılmasıyla hesaplanır. Bu ölçek, öncelikle işçilerden uzmanlara kadar geniş bir meslek grubunda ve klinik çalışmalarda kullanmak için geliştirilmiştir (Reilly ve diğerleri, 1993).

4.5. Kullanılan Diğer Yöntemler ve Karşılaştırılması

Çalışanların verimliliğini farklı açılardan ölçen çok sayıda ölçek bulunmaktadır. Burada yer verilenlerin dışında:

Osterhaus Technique (OT): 1992 yılında hastalığa bağlı verimlilik kaybını ölçmek amacıyla geliştirilen ilk yöntemdir. Bu yöntem, migrene ilişkin maliyetleri tahmin etmek amacıyla randomize klinik çalışmanın bir parçası olarak migren nedeniyle işte verimlilik azalması ve işe devamsızlığı ölçmek için geliştirilmiştir. Anketin geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili literatürde herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. İşe devamsızlık, migren nedeniyle son bir ayda işe gelinmeyen gün sayısı olarak ölçülürken işte var

olamama, son bir ayda migren belirtileri ile çalışma gün sayısı ve migren belirtilerinin çalışmayı etkilediği saat sayısı olarak ölçülmektedir. Parasal açıdan kayıp işçilik değerini tahmin etmek için bir bireyin günlük ücreti son bir ay boyunca migrene rağmen çalıştığı gün sayısı ve migrenden dolayı gelinmeyen gün sayısı ile çarpılarak hesaplanmaktadır (Lofland ve diğerleri, 2004: 168).

Worker Productivity Index (WPI): 1999 yılında Bank One (şimdiki JP Morgan Chase), Northwestern Üniversitesi, Depaul Üniversitesi ve Michigan Üniversitesi'ndeki araştırmacılar tarafından geliştirilen işe devamsızlık, işte var olamama ve kısa dönemli işgöremezlik ölçeklerini birleştiren ve anket olmayan ancak indeks olan tek gereçtir (Huang, 2008: 28). İşe devamsızlık, işgöremezlik ve işte gerçek verimliliği içerir ve bir çalışanın toplam verimliliğinin genel bir göstergesidir. Aynı zamanda WPI, aynı çalışan popülasyonunda farklı hastalık durumlarını incelemektedir (Burton ve diğerleri, 1999).

The Endicott Work Productivity Scale (EWPS): 1997 yılında Pfizer'in desteği ile New York Psikiyatri Enstitüsü'nde geliştirilmiştir. Katılım (işe devamsızlık ve işteki görev süresi), çalışma kalitesi, performans kapasitesi ve kişisel faktörler (sosyal, ruhsal, fiziksel ve duygusal) olarak dört verimlilik alanını kapsayan 5'li Likert ölçeğinde 25 ifadeden oluşan anket 0'dan (en iyi) 100'e (en kötü) kadar toplam skor hesaplanarak elde edilir. Bu gereç ticari kullanım için bir ücrete tabi olan telif hakkı olan bir gereçtir ve diğer araştırmacıların izin almaları ve lisans sözleşmesini kabul etmeleri gerekmektedir (Huang, 2008: 17). 2004 yılında ruhsal bozukluların hastanın iş verimi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Uğuz ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Klinik araştırmalar için tasarlanmış olup sadece ruhsal hastalıklara yönelik çalışmalarda kullanılmaktadır. Parasal değere dönüştürülmesi önerilmemektedir (Brooks ve diğerleri, 2010: 1057).

The American Productivity Audit (APA): Amerikan işgücü üzerinde ağrının etkisini daha iyi anlamayı sağlayan bir yöntemdir. Yaygın ağrı koşulları üzerinde spesifik bir noktaya odaklanarak sağlık koşullarına bağlı verimlilik kaybı değerlendirilir (Stewart ve diğerleri, 2003: 2443).

The Health Limitations Questionnaire (HLQ): 1995 yılında Erasmus University Rotterdam Tıbbi Teknoloji Enstitüsü'nde (Birleşmiş Milletler dışında geliştirilen iki

önemli gereçten biri) geliştirilmiş ve hastalık, tedavi ve çalışma performansı arasındaki ilişkiyi incelemek için tasarlanmıştır. 23 ifadeden oluşan anket lisans sözleşmesinin imzalanması ile ücretsiz olarak elde edilebilmektedir. Her biri farklı bir skorla hesaplanan HLQ'yu oluşturan 4 modül, işyerinde işe devamsızlık, işyerinde işte var olamama, ücretsiz üretim (ev işleri) ve ücretli ve ücretsiz üretimdeki engellerden oluşmaktadır (Huang, 2008: 17-18).

The Health and Work Questionnaire (HWQ): 2001 yılında sigara kullanma ve verimlilik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için geliştirilmiştir. GlaxoSmithKline'in finansal destek sağlayarak geliştirilen gereç, verimlilik, denetmen ilişkileri, sabır, konsantrasyon, iş doyumunu ve kişisel (iş dışı) doyum olarak 6 alt ölçeğe ayrılan 10'lu Likert ölçeğinde 30 sorudan oluşmaktadır (Huang, 2008: 19). Kişisel verimlilik değerlendirmesi ve diğerlerinin verimliliklerinin değerlendirilmesi olarak iki boyuttan oluşmaktadır. Ölçme teknikleri hakkında yeterli bilgi olmamakla birlikte parasal değere dönüştürülebilirliği bilinmemektedir (Brooks ve diğerleri, 2010: 1057).

The Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire (MWPLQ): 1999 yılında Merck'in finansal destek sağladığı New England Medical Center'da geliştirilen ölçek migrenin çalışan verimliliği üzerindeki etkisini ölçmektedir. Migrene bağlı olarak belli zor görevlere ilişkin 5'li Likert'te 18 soru dâhil toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Bu 18 görev zaman yönetimi, çalışma kalitesi, çalışma niceliği, fiziksel çaba, zihinsel çaba, kişilerarası talepler ve çevresel faktörler olmak üzere 7 kategoriye ayrılmıştır (Huang, 2008: 19).

Work Productivity Short Inventory (WPSI): 2003 yılında Pfizer'in finansal desteği ile Cornell University'de bulunan Sağlık ve Verimlilik Araştırmaları Enstitüsü ve Medstat Grup'taki bir ekip tarafından geliştirilmiştir (Huang, 2008: 19). 15 sağlık koşuluna ilişkin hem işe devamsızlığı hem de işte var olamamayı, verimlilikteki değişiklikleri ölçmek için 22 soru olarak tasarlanmıştır. 15 sağlık koşulundan 11'i (alerji, solunum enfeksiyonu, artrit, astım, anksiyete bozukluğu, depresyon ve bipolar bozukluk, stres, diyabet, hipertansiyon, migren ve baş ağrısı, kalp hastalığı/yüksek kolesterol) doğrudan çalışanları etkileyen koşullardır, 4'ü (Alzheimer, pediatrik alerji, kulak iltihabı ve solunum hastalıkları) ise eşleri, bakmakla yükümlü olduğu büyüklerine

çalışanlar tarafından sağlanan bakım verme ile ilgili koşullar yer almaktadır (Ozminkowski ve diğerleri, 2003: 1183).

Angina-Related Limitations at Work Questionnaire (ALWQ): 1998 yılında, Lerner ve arkadaşlarının (1998) geliştirdiği, kronik stabil anjina pektoris (boğaz ağrısı) olan hastaların çalışma sınırlılığını ölçen bir ankettir. Çalışma fonksiyonları ile ilgili 17 ifade ve her sorunun 5'li Likert ölçeğinden oluşmaktadır. ALWQ klinik çalışmalarda ve tedavi etkinliği incelemelerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır (Lofland ve diğerleri, 2004: 176-177).

Literatürde sağlığa ilişkin çalışma verimliliğini ölçen araçlar konusundan geniş bir uzlaşma bulunmamaktadır. Her aracın spesifik bir nüfusa ve sağlığa göre avantajları bulunmaktadır. Bazı araçlar verimlilik kayıplarını parasal açıdan değerlendirirken diğerleri işe devamsızlık ve işte var olamama verileri ile nicel miktarı belirlemeye çalışmaktadır (Park, 2014: 13-14). Brooks ve diğerlerinin (2010: 1056) yapmış olduğu çalışmada en az bir bilimsel yayında kullanılmış olan 16 işte var olamama ölçeği incelenmiştir. Hangi ölçme aracının en iyisi olduğu konusunda bir fikir birliği olmamasına rağmen ölçülen çıktılar doğru bir şekilde işte var olamamaya dönüştürülebilir. WLQ, WPAI ve HPQ en sık kullanılan ölçme araçlarıdır. Ancak bu, tüm nüfus ya da çalışan grupları için geçerli olacağı anlamına gelmemektedir. Genele yönelik araçlara alternatif olarak spesifik hastalıklara (diyabet, artrit, migren vb.) yönelik olan ölçüm araçları daha değerli ancak genel araştırmalarla karşılaştırma yapılması daha güç olmaktadır. EWPS, WLQ ve WPAI gibi araçların kullanıldığı çalışmalarda katılım oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bazılarının (WLQ gibi) puanlaması şeffaf değilken bazılarının çalışanlar üzerinde geçerliliği bulunmamaktadır. Görüldüğü gibi mevcut tüm işte var olamama araçlarının eksiklikleri bulunmaktadır. Bu yüzden tüm durumlar ve şartlar için geçerli ve eksiksiz olan tek bir araç olmadığı göz önüne alınarak bu araçlar içinden araştırmanın amacına en uygun olan araç seçilmelidir.

Prasad ve arkadaşları (2004), hem işe devamsızlığı hem de işte var olamamayı ölçen araçlardan hangisinin en iyi değerlendirme aracı olduğunu belirlemek için çalışma verimliliği gereçlerini (EWPS, HLQ, HWQ, HPQ, WLQ ve WPAI) incelemiş ve WPAI ve WLQ araçlarını verimlilik çıktıları açısından en avantajlı araçlar olarak önermişlerdir. Başka bir araştırmada ise herhangi bir nedenle ya da sağlık nedeniyle işe

devamsızlık, hastalık nedeniyle ortaya çıkan gerçek verimlilik kaybının mali yükünü belirleyebilme açısından HPQ işte var olamamanın mali yükünü ölçmek için en uygun gereç olduğu görülmüştür (Despiegel ve diğerleri, 2012: 1154). Bu sebeple bu araştırmada verimlilik kayıplarının parasal karşılığının tespit edilmesi amacıyla HPQ aracının kullanılması uygun görülmüştür. İşte var olamamayı ölçen bazı ölçüm araçlarının özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 7'de ise bireyin sağlığına ilişkin işte verimlilik kaybını değerlendirmek için geliştirilen hem işte var olamama hem de işe devamsızlığı ölçen bazı araçların özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 6. İşte Var Olamamayı Değerlendiren Çalışan Verimlilik Ölçüm Yöntemlerinin Özellikleri

	İşte var olamama ile ilgili soru sayısı	Koşul	Hatırlama periyodu (hafta)	İşe devamsızlık sorusu	İşte Var Olamama Soru Türü		
					Algılanan sağlık sorunu	Diğer çalışanlarla verimlilik karşılaştırması	Verimsiz çalışma zamanını tahmin etme
Health and Work Performance Questionnaire	44	Genel	1 - 4	Evet	Evet	Evet	Evet
Stanford Presenteeism Scale	6	Genel	4	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Work Limitations Questionnaire	25	Genel	2	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire	6	Genel	1	Evet	Evet	Hayır	Evet
Worker Productivity Index	40	Genel	Bilinmiyor	Evet	Hayır	Evet	Evet
American Productivity Audit	6	Genel	2	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Angina-Related Limitations at Work Questionnaire	17	Anjina	4	Evet	Evet	Hayır	Evet
Endicott Work Productivity Scale	25	Genel	1	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Health and Labor Questionnaire	30	Genel	2	Evet	Evet	Evet	Evet
Health and Work Questionnaire	24	Genel	1	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire	28	Migren	En son bölüm	Evet	Evet	Evet	Hayır
Osterhaus Technique	12	Genel	4	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Kaynak: Mattke ve diğerleri, 2007

Tablo 7. Sağlığa İlişkin Verimlilik Kaybı Ölçeklerine Genel Bir Bakış

Araç adı	Yayınlanma tarihi	Verimlilik ölçümleri	Parasal değere dönüştürülebilir	Test edilen sağlık koşulları
ALWQ (Lerner ve diğerleri, 1998)	1998	İşe devamsızlık İşte var olamama	Hayır	Anjin
EWPS (Roijen ve diğerleri, 1995) (Endicott ve Nee, 1997)	1997	İşe devamsızlık İşte var olamama	Hayır	Depresyon
HLQ (Endicott ve Nee, 1997) (Roijen ve diğerleri, 1996)	1995	İşe devamsızlık İşte var olamama	Evet	Mesane elektrostimülasyon, Kalça protezi, Diz ameliyatı, Migren
HWQ	2001	İşte var olamama	Hayır	Sigara içenler
MWPLQ	1999	İşe devamsızlık İşte var olamama	Evet	Migren
OT	1992	İşe devamsızlık İşte var olamama	Evet	Migren
SPS (Koopman ve diğerleri, 2002)	2002	İşte var olamama	Hayır	Genel sağlık koşulları
Unnamed Hepatitis Instrument	2001	İşe devamsızlık İşte var olamama	Evet, sadece işe devamsızlık	Hepatit
WLQ (Lerner ve diğerleri, 2001)	2001	İşe devamsızlık İşte var olamama	Hayır	Astım, Kronik baş ağrısı, Depresyon, Epilepsi, Gastrointestinal hastalıklar, Psikiyatrik bozukluklar, Osteo ve romatoid artrit
WPAI-GH (Reilly ve diğerleri, 1993)	1993	İşe devamsızlık İşte var olamama	Evet	Alerji, Anjin, Anksiyete, Artrit, Astım, Alzheimer, Bronşit, İyi huylu prostat büyümesi, Kanser, Topallama, Konjestif kalp yetmezliği, Depresyon, Dermatit, Diyabet, Hipertansiyon, Gastro-özofageal reflü, Migren, Kas-iskelet sistemi, Ağrı, Böbrek hastalığı, Uyku bozukluğu, İdrar kaçırma
WPI (Burton ve diğerleri, 1999)	1999	İşe devamsızlık İşte var olamama	Evet	Kanser, diyabet, hipertansiyon, yaralanma, akıl hastalıkları, kas-iskelet, sindirim, solunum sistemi hastalıkları

Kaynak: Lofland ve diğerleri, 2004: 169-170

Görüldüğü gibi işte var olamama ve işe devamsızlığı ölçmek için her biri farklı amaçlara yönelik olan çok sayıda araç bulunmaktadır. Bazıları sadece işte var olamamayı ölçerken, bazıları her ikisini de, bazıları genel sağlık durumuna yönelik olurken bazıları ise belirli bir sağlık sorununa yönelik araştırmalarda kullanılabilirlerdir.

Buna göre yapılan bazı önemli çalışmaların konusu, kullanılan yöntemleri ve elde edilen bulgularına ilişkin örnekler verilmiştir (Tablo 8). Tablo 9’da ise hastalık kaynaklı işte var olamama ile ilgili araştırmaların konu başlıklarına yer verilmiştir.

Tablo 8. İncelenen Bazı Çalışmaların Özeti

	Çalışma tasarımı	Ölçek	İstatistiksel analiz	Bulgular
Burton (2004)	16651 finans hizmetleri çalışanı, SRD anketi	İşte var olamamayı ölçmek için SRD ve WLQ'nun bir alt boyutunu içeren öz-bildirim sağlık koşulları	Lojistik regresyon, WLQ'nun tüm etki alanları için çalışma kısıtlamasını bildiren olasılık hesaplanmıştır.	Sağlık koşullarının (depresyon, artrit, sırt ağrısı, alerji, reflü, diyabet ve bağırsak sendromu) çalışma performansını engellediğini ortaya çıkmıştır.
Collins (2005)	Dow Kimyasal Şirketi'nde toplam 5369 çalışan	10 sağlık koşulu için Short-Form Health Survey (SF-36) ve SPS; ayrıca %10 rastgele örnekleme WLQ'yu tamamladı.	Çeşitli faktörlerin iş bozuklukları üzerindeki etkisini tahmin etmek için regresyon analizi; işe devamsızlık analizi için lojistik regresyon kullanılmıştır.	Depresyon ve solunum problemleri olan çalışanlar daha fazla bozukluk olduğunu belirtmiştir. Bozukluğun büyüklüğü koşullar arttıkça artmıştır. İş dışında bozukluk, işe devamsızlık ve tıbbi/ilaç maliyetleri, çalışma bozuklukları her 10 koşul için en büyük maliyet unsuru olmuştur (tüm işçi maliyetlerinin %6,8'i).
Goetzel (2004)	Sağlık koşulları yaygınlığını ölçmek için birden fazla işveren veritabanı	Veritabanından bulunan koşulların yaygınlık oranlarına başvuran birkaç yayınlanan çalışmalardan elde edilen verilerle verimliliği tahmin etme	Bir yılda çalışma saatleri ile ayrılan koşula bağlı olarak kaybedilen zaman ile kişi sayısının çarpılmasıyla bulunur.	10 sağlık koşulu için, işte var olamama maliyetleri toplam maliyetlerin (tıbbi ve ilaç maliyetlerini içeren sağlık hizmetleri maliyetleri, işe devamsızlık ve işte var olamama) %18 ve %89'u arasındadır. Artrit, hipertansiyon, depresyon ve alerji en yüksek işte var olamama maliyetlerine sahiptir.
Kessler (2001)	2074 yetişkine telefon/mail yoluyla	Son 30 günde kaç gün fiziksel ya da ruhsal sağlık (çalışma kaybı) ya da bu faaliyetlerde kesinti olması sebebiyle normal faaliyetler yerine getirilmedi?	12 sağlık koşulu ve çalışma kaybı ya da çalışma kesintisi arasındaki ilişkinin regresyon analizi	Katılımcıların %22'si son bir ayda sağlığa ilişkin çalışma kaybı ya da çalışma kesintilerinden en az biri olmuştur. Bozukluklardaki artış oranı sağlık koşullarının büyük miktarlarda olması ile ilişkilidir.
Wang (2003)	4 farklı mesleki grup: 441 rezervasyon acentesi, 505 müşteri hizmetleri temsilcileri, 554 fabrika yöneticileri ve 850 demiryolu mühendisleri	HPQ kullanılmıştır.	Anketleri ayarlama amacıyla ilişkileri tahmin etmek için kovaryans analizi yapılmıştır.	Meslek gruplarına göre sağlık koşullarının yaygınlığı verimlilik kaybı ile ilişkilidir. Sırasıyla, mevsimsel alerji, kronik bel/boyun ağrısı, kronik baş ağrısı, hipertansiyon, artrit ve depresyon en yaygın sağlık koşulları olduğu saptanmıştır. Çalışma performansı işe devamsızlıktan çok işte var olamama nedeniyle kaybedilmiştir.

Kaynak: Warren, 2009: 34-42

Tablo 9. İncelenen Konu Başlıklarının Özeti

	Bireysel çalışmaların kalitesi	Çalışma sayısı	Sonuçların tutarlılığı	Açıklamalar	Genel skor*
Birden fazla sağlık sorunu	1	1	1	Bu araştırma alanı güçlüdür. Çeşitli sağlık koşullarının işte var olamama ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların metodolojik olarak güçlü olduğu göstermiştir.	3
Alerji	1	0	1	Sadece üç çalışma vardır ancak işte var olamama ölçümünün geçerliliği açısından kalitesi yüksektir. Alerjilerin işyerinde verimliliği olumsuz etkilediği konusundaki sonuçlar tutarlıdır.	2
Artrit	1	1	1	Pek çok araştırma vardır, özellikle romatoid artrit ile ilgili. Çalışmalar yüksek kaliteye yakındır. Çoğu çalışma işyerinde değil de hasta popülasyonunda yapılmıştır.	3
Kronik ağrılar	0	0	0	Bu alanda sadece iki çalışmanın sonuçlarının tutarlılığı değerlendirilememiştir. İki çalışmadan biri karışıklığa neden olan değişkeni kontrol etmemiştir.	0
Diyabet	0	0	0	Zayıf bir alandır sadece iki çalışmanın kalitesi orta derecededir. Diyabetin yaygınlığı artmaktadır ve işte var olamamaya etkilerine ilişkin daha fazla çalışma değer kazanmaktadır.	0
Gastro-intestinal	1	1	1	Bu alandaki pek çok inceleme büyük olasılıkla ilaç şirketlerinin ilgisinden dolayı yapılmış olabilir. Kalitesi yüksektir ve sonuçlar gastro-intestinal problemlerin işte var olamama ile ilişkili olduğunu göstermektedir.	3
Ruhsal sağlık	1	1	1	Bu alandaki araştırmaların kalitesi yüksektir, işte var olamamanın çeşitli ruhsal sağlık koşulları ile ilişkili olduğunu gösteren tutarlı sonuçlar vardır.	3
Kas-iskelet	0	0	0	Kas-iskelet ağrı ve diğer işyeri çıktıları ile ilgili çalışmaların büyük bir kısmını oluşturmasına rağmen bu başlıkta tek bir çalışma vardır.	0
Fiziksel aktivite	1	0	0	Özellikle egzersiz hakkında birkaç çalışma vardır. Fitness merkezi çalışması gerçek egzersiz seviyelerini ölçmemektedir.	1
Fazla kiloluluk	1	0	1	Çalışmaların kalitesi orta düzeydedir ancak sadece üç çalışma özellikle kilo ilgilidir. Üçüncü çalışma kadınlar için anlamlı erkekler için anlamsız sonuçlar elde etmiştir.	2

*Konu başlıklarının genel skoru, bireysel çalışmaların kalitesi, çalışma sayısı ve sonuçların tutarlılığı skorlarının toplamıdır. En yüksek skor 3'tür.

Kaynak: Schultz ve Edington, 2007: 563

5. BÖLÜM: ARAŞTIRMA GEREÇ VE YÖNTEMİ

Hastane çalışanları arasında işte var olamama ve işe devamsızlığın yaygınlığı ve maliyetini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın kapsamı ve önemini, hipotezleri, araştırma evren ve örneklemini, veri toplama aracını, araştırma sınırlılıkları ile veri analizini içeren gereç ve yöntem yer verilecektir.

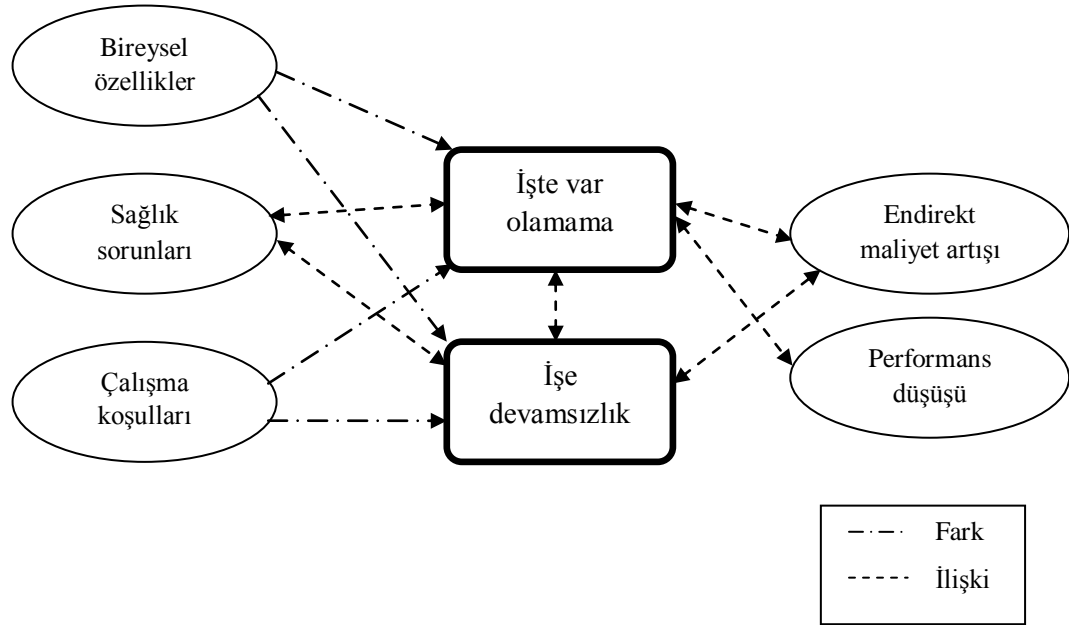
5.1. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Önemi

Yapılan bu araştırma ile ulaşılmak istenen asıl amaç, hastane çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarından dolayı ortaya çıkan işte var olamama ve işe devamsızlık sorununun saptanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan maliyetlerin hastaneye olan yükünün belirlenmesidir. Hemen hemen her çalışanın yaşadığı ya da yaşayabileceği böyle bir durumda özellikle hastane çalışanları çok fazla iş yükünün olması nedeniyle hasta olsalar dahi çalışmak zorundadırlar. Her ne kadar sağlık sorunlarını göz ardı etseler de işe devam ettikleri süre içerisinde hem hastalıklarının şiddetinin artmasıyla iyileşme süresi uzayacak hem de daha uzun bir zaman boyunca işlerinde tam performans gösteremeyeceklerdir.

Sağlıklı çalışanlar sayesinde sağlıklı işletmelere, sağlıklı işletmeler sayesinde ise daha sağlıklı çalışanlara sahip olunabilecektir. Farklı meslek gruplarındaki sağlık çalışanları arasındaki sağlık durumlarına bağlı ortaya çıkan işte var olamama ve işe devamsızlık sorununu tanımlamak, çalışanların meslek gruplarına ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek ve işte var olamama ve işe devamsızlığın hastaneye olan mali yükünü hesaplayarak çalışanların verimliliklerine olan etkilerinin geniş bir perspektifte ele alınması amaçlanmıştır. Bu araştırma ile sağlık çalışanlarında fiziksel ve ruhsal sağlık koşulları ile ilgili işte var olamama ve işe devamsızlığı ve sıklıkları tanımlanacak, gruplar arasında farklılık olup olmadığını saptanacak, işte var olamama ve işe devamsızlığın işveren perspektifinden endirekt maliyetini hesaplayarak verimlilik kayıplarının hastaneye olan mali yükü belirlenecektir.

Şekil 11'de yer alan araştırma modeli, işte var olamama ve işe devamsızlık arasındaki ilişkiyi, işte var olamama ve işe devamsızlık ile ilişkisi olan faktörleri ve bu faktörlerle

arasındaki farklılığı ve işte var olamama ve işe devamsızlığın olası sonuçlarını göstermektedir. Ayrıca bu model, araştırma hipotezlerinin de kapsamını oluşturmaktadır.



Şekil 11. Araştırma Modeli

İnsan kaynakları yönetimi perspektifinden işte var olamama sorunu genellikle çalışanların verimlilik kaybının önlenmesi açısından ele alınmaktadır. Türkçe literatürde, yapılan çalışmalar da genel olarak bu yöndedir. Alan çalışması olarak Coşkun'a (2012) ait tez çalışmasının yanında yapılan diğer araştırmalar literatür taraması ve çözüm önerilerine ilişkin çalışmalardan oluşmaktadır. Bu çalışmanın birincil önemi, en fazla işte var olamama eğiliminin görüldüğü sektörlerden biri olan sağlık sektöründe yapılmış olması ve hastaneye mali yükünün ele alınmasıdır. Ayrıca yetersiz alan çalışmalarının olmasının yanında işte var olamamanın maliyetini ortaya koyan ilk çalışma niteliindedir. Bu çalışma ile hastanelerde işte var olamama ve işe devamsızlık sorunlarının büyüklüğü tespit edilerek önleyici ve azaltıcı girişimlerde bulunulması sağlanabilecektir.

5.2. Araştırma Hipotezleri

Bu araştırmada yukarıdaki araştırma amaçlarının gerçekleştirilmesi için aşağıdaki hipotezlere yer verilmiştir:

Hipotez 1: Hastane çalışanlarının işte var olamama eğilimleri, demografik özelliklerine;

- a) cinsiyet,
- b) yaş,
- c) eğitim düzeyi,
- d) medeni durum,
- e) aylık gelir,
- f) çocuk sayısı,
- g) okul öncesi dönemde olan çocuk durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 2: Hastane çalışanlarının işte var olamama eğilimleri, çalışma koşullarına;

- a) meslek,
- b) meslekteki hizmet yılı,
- c) kurumdaki hizmet yılı,
- d) kurum değişikliği sayısı,
- e) toplam çalışma saati,
- f) çalışma şekli
- g) hastaneye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 3: Hastane çalışanlarının işte var olamama eğilimleri, genel sağlık durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 4: Hastane çalışanlarının işte var olamama eğilimleri, obezite durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 5: Hastane çalışanlarının işe devamsızlık eğilimleri, demografik özelliklerine;

- a) cinsiyet,
- b) yaş,

- c) eğitim düzeyi,
- d) medeni durum,
- e) aylık gelir,
- f) çocuk sayısı,
- g) okul öncesi dönemde olan çocuk durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 6: Hastane çalışanlarının işe devamsızlık eğilimleri, çalışma koşullarına;

- a) meslek,
- b) meslekteki hizmet yılı,
- c) kurumdaki hizmet yılı,
- d) kurum değişikliği sayısı,
- e) toplam çalışma saati,
- f) çalışma şekli
- g) hastaneye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 7: Hastane çalışanlarının işe devamsızlık eğilimleri, genel sağlık durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 8: Hastane çalışanlarının işe devamsızlık eğilimleri, obezite durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 9: İşte var olamama maliyeti, demografik özelliklerine;

- a) cinsiyet,
- b) yaş,
- c) eğitim düzeyi,
- d) medeni durum,
- e) aylık gelir,
- f) çocuk sayısı,
- g) okul öncesi dönemde olan çocuk durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 10: İşte var olamama maliyeti, çalışma koşullarına;

- a) meslek,
- b) meslekteki hizmet yılı,
- c) kurumdaki hizmet yılı,
- d) kurum değişikliği sayısı,
- e) toplam çalışma saati,
- f) çalışma şekli
- g) hastaneye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 11: İşte var olamama maliyeti, genel sağlık durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 12: İşte var olamama maliyeti, obezite durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 13: İşe devamsızlık maliyeti, demografik özelliklerine;

- a) cinsiyet,
- b) yaş,
- c) eğitim düzeyi,
- d) medeni durum,
- e) aylık gelir,
- f) çocuk sayısı,
- g) okul öncesi dönemde olan çocuk durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 14: İşe devamsızlık maliyeti, çalışma koşullarına;

- a) meslek,
- b) meslekteki hizmet yılı,
- c) kurumdaki hizmet yılı,
- d) kurum değişikliği sayısı,
- e) toplam çalışma saati,
- f) çalışma şekli

g) hastaneye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 15: İşe devamsızlık maliyeti, genel sağlık durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 16: İşe devamsızlık maliyeti, obezite durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 17: İşe devamsızlık ile işte var olamama arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 18: İşe devamsızlık maliyeti ile işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Verilerin Toplanması

Kesitsel olarak yapılan bu araştırmanın evrenini Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH) ve Kırıkkale İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı 700 Yataklı Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde (KYİH) 16.12.2013-24.04.2014 tarihleri arasında fiili çalışan hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli (ameliyat teknisyeni, anestezi teknisyeni, biyolog, çocuk gelişimci, diyetisyen, eczacı, fizik tedavi teknisyeni, fizyoterapist, ilk ve acil yardım teknisyeni, ilk ve acil yardım teknikeri, laboratuvar teknikeri, laboratuvar teknisyeni, odyometrist, psikolog, röntgen teknisyeni, sağlık memuru, sağlık teknikeri, sağlık teknisyeni, sosyal çalışmacı, tıbbi teknolog, toplum sağlığı teknisyeni) ile idari personel oluşturmuştur. Diğer sağlık personelinin ayrı ayrı değerlendirilmesi analizlerde zorluk oluşturacağı için tek bir grupta toplanması uygun görülmüştür. Ayrıca Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Devlet Hastanesi ve Keskin Devlet Hastanesi de 700 Yataklı KYİH'ne bağlı olması sebebiyle bu hastanelerdeki personel sayıları da KYİH personel sayılarına dâhildir.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Çalışanların Dağılımı

Hastane adı	N	Görüşülen kişi sayısı	%
KÜTFH			
İdari personel	60	43	0,72
Hekim-Asistan hekim	243	126	0,52
Hemşire-Ebe	156	107	0,69
Diğer sağlık personeli	61	60	0,98
Toplam	520	336	0,65
KYİH			
İdari personel	180	103	0,57
Hekim	110	59	0,54
Hemşire-Ebe	470	243	0,52
Diğer sağlık personeli	404	210	0,52
Toplam	1164	615	0,53
GENEL TOPLAM	1684	951	0,56

Araştırma tarihleri arasında KÜTFH’nde 113 öğretim elemanı, 130 asistan hekim, 156 hemşire ve ebe, 61 yardımcı sağlık personeli ve 60 idari personel olmak üzere toplam 520 kişi çalışmaktadır. KYİH’nde ise 110 hekim, 470 hemşire ve ebe, 404 yardımcı sağlık personeli ve 180 idari personel olmak üzere toplam 1164 kişi görev yapmaktadır. Her iki hastanede de örneklem seçme yoluna gidilmeyip evrenin tümüne (1684 kişi) ulaşılmaya çalışılmıştır. KÜTFH’nde 520 çalışandan 361 kişiye ulaşılmış fakat doldurulmayan sayfalar, eksik bırakılma ve stajyer/intern öğrencilerin doldurması gibi sebeplerle 25 anket formu çıkarılmış ve analizler 336 anket formu üzerinden gerçekleştirilmiştir. KYİH’nde ise 1164 çalışandan 647 dönüş olmasına rağmen formların boş dönmesi, eksik doldurma gibi sebeplerle 32 anket formu çıkarılarak analizler 615 anket formu üzerinden yapılmıştır. Toplam ulaşılmaması gereken 1684 kişiden 1008 kişi (%59,85) geri dönüş yapmış ancak 951 anket formu (%56,47) analiz kapsamına alınmıştır (Tablo 10).

5.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Veri toplama aracı olarak hastane çalışanlarının işte var olamama ve işe devamsızlık durumları ile bunların maliyetini ölçen gereçler araştırılmış ve literatürde yaygın olarak kullanılan Kessler ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen WHO’s Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) formunun çalışan versiyonu temel alınmıştır. Yine bu anketten uyarlanarak Warren’in (2009) çalışmasında kullandığı Wellness-at-Work gerecinden yararlanılmıştır. Buna ek olarak ise katılımcıların beden kitle indeksini elde

etmek için ağırlık ve boy uzunluklarının da yer aldığı kişisel ve demografik bilgiler ile ilgili toplam 13 adet soru sorulmuştur. HPQ gerecinin Türkçe literatürde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmadığı için dilimize uygunluğu da göz önüne alınarak ve çalışmanın amacına uygun görülmeyen bazı sorular soru formundan çıkarılmıştır. Özellikle araştırma kapsamında incelenmeyecek olan risk faktörlerine ilişkin HPQ’da yer alan çalışanların sigara ve alkol kullanımı ve fiziksel aktivite durumları ile ilgili 13 soru anket formuna dâhil edilmemiştir. Ayrıca katılımcıların rahatsızlıklarının ne zaman ortaya çıktığı, ne zaman izin ve rapor aldıkları, ne kadar verimsiz çalıştıkları ile ilgili sorularda hatırlamayı kolaylaştırmak için HPQ’da son 1 ile 4 hafta olarak belirlenen hatırlama periyodu son iki hafta (14 gün) olarak alınmıştır. Buna bağlı olarak hesaplanan maliyetler de iki haftalık bir zaman dilimi için değerlendirilecek olup aylık ve yıllık tahmini maliyetlere de yer verilecektir.

Sadeleştirilip yeniden düzenlenen anket formu “Hastane Çalışanlarında İşte Var Olamama (Presenteeism) ve İşe Devamsızlık (Absenteeism) Anketi” başlığı ile uygulanmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde, çalışanların genel sağlık durumlarını değerlendirdikleri 5’li Likert ölçeği (1=Mükemmel, 2=Çok iyi, 3=İyi, 4=Fena değil, 5=Kötü) yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümünde, meslek, çalışma şekli (gündüz, nöbet, vardiya, gündüz+nöbet), (varsa) nöbet sayısı ve aylık toplam çalışma saati gibi çalışma yaşamlarına ilişkin sorular sorulmuştur.

Anketin üçüncü bölümündeki ilk soruda çalışanların son iki haftada şikâyetçi olup olmamalarına ilişkin 20 sağlık sorunu (kas-iskelet sistemi problemleri, kronik bel/boyun ağrısı, migren-baş ağrısı, yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon, yüksek kan kolesterolü, kalp hastalıkları, uyku problemi, depresyon, anksiyete (kaygı, endişe) bozukluğu, astım, diyabet, obezite, kanser, mide problemleri, kronik yorgunluk ya da düşük enerji, öksürük ya da boğaz ağrısı, ateş, titreme ya da diğer soğuk algınlığı/grip belirtileri, kabızlık, su kaybı ya da ishal, iş kazası, yaralanma ve kaza) ve 2 adet diğer seçeneği bulunmaktadır. Katılımcılardan bu sorunlara, “hayır”, “evet, tanı konuldu” ve “evet, tanı konulmadı” yanıtlarından birini vermeleri istendi. Tedavi alıp almama durumu işte var olamama üzerinde etkili olmaktadır. Mevcut sağlık problemi için tedavi gören ve ilaç kullanan bir çalışanın işte var olamama ve işe devamsızlık eğilimi

gösterme olasılığı daha düşük olmaktadır (Burton ve diğerleri, 2001). İki adet diğer seçeneği verilen sağlık koşulları dışında herhangi bir sağlık sorunu olma ihtimali nedeniyle verilmiştir ancak iki seçeneğe de ekleme yapan katılımcı olmaması sebebiyle ikinci diğer seçeneği çıkarılmış ve analizlere dâhil edilmemiştir. Ayrıca bu sağlık koşulları, literatür taramaları sonucunda çalışanlarda en yaygın görülen kronik, akut ve epizodik sağlık koşulları temel alınarak belirlenmiştir. İkinci soruda, bu sağlık koşullarına ilişkin son iki haftada kaybedilen çalışma gün/saatleri elde edilmesi gerektiği için her bir sağlık koşul için iki hafta içinde kaç kez “tam gün”, “yarım gün”, “3 saat”, “2 saat”, “1 saat”, “1 saatten az” ve “hiç” seçeneklerine ait sıklıkların yazılması istenmiştir. Araştırma sonucunda ulaşılmak istenen asıl amaç fiziksel ve ruhsal sağlık koşullarının çalışanların verimliliğine etkisi ve bunun hastaneye malî yükü olması sebebiyle ağırlık bu konulara verilmiştir. Bu nedenle HPQ’da yer almayan çalışanların (varsa) sağlık sorunlarından hangisi/hangilerinin çalışma saatleri içinde ne sıklıkta ve ne kadar işlerini yapmaktan alıkoyduğunu belirtecekleri bir bölüm eklenmesini gerekli kılmıştır. Bu sayede çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları nedeniyle kaybedilen toplam verimlilik miktarı elde edilmiştir. Üçüncü soruda, fiziksel ya da ruhsal bir sağlık sorun nedeniyle işe kaç kez tam gün ve kaç kez yarım gün gelmedikleri, sağlık dışında bir herhangi bir nedenden dolayı işe kaç kez tam gün ve kaç kez yarım gün gelmedikleri, kaç gün rapor ve yıllık izin aldıkları sorulmuştur. Ayrıca kaç defa işe erken gelip geç çıktıkları ya da izinli oldukları günde çalışmak zorunda kaldıkları gün sayılarını belirtmeleri istenmiştir. Dördüncü soruda, dikkatli çalışıp çalışmadıkları, çalışma kalitesi, konsantre olup olmadıkları ve sağlık sorunlarının işini etkileyip etkilemediğine ilişkin 5’li Likert ölçeği (1=Her zaman-5=Hiçbir zaman) yer almaktadır. Beşinci, altıncı ve yedinci soruda en kötü performans derecesini gösteren 0’dan en iyi performans derecesini gösteren 10’a kadar derecelendirme yapılan bir skala yer almaktadır. Burada önce kendisi ile benzer işi yapan çalışan/çalışanların performansını, son iki haftadaki ve son bir yıldaki genel kendi performansını derecelendirmeleri istenmiştir. Daha sonra sekizinci soruda, çalışma performanslarının kendisi ile benzer işi yapan çalışan/çalışanların performansı ile karşılaştırması istenmiştir.

Anketin dördüncü ve son bölümünde ise, kişisel ve demografik soruların yanında BKİ değerlerinin hesaplanabilmesi amacıyla boy ve kilo soruları da dâhil toplam 13 soruya

yer verilmiştir. Kişinin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($BKI=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen değer, $\leq 18,49$ ise zayıf, 18,50-24,99 ise normal, 25,00-29,99 ise fazla kilolu ve $30,00 \leq$ ise obez olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2004).

Anket formuna son şekli verilmeden önce soruların anlaşılabilirliğini ve anket sorularının çalışıp çalışmadığını test etmek için araştırma evreni dışında kalan 1 hekim, 5 hemşire ve 8 idari personelden oluşan bir gruba pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmadan elde edilen geribildirimler sonucunda tam olarak anlaşılamayan sorular düzeltilmiş ve anlamayı kolaylaştırmak için gözden kaçabilecek kelimeler vurgulanmıştır. Pilot uygulamada C1 ve C2 bölümünde yer alan iki tablo tek tablo halinde gösterilmiş olup tablonun sütun kısmında sağlık sorunlarından şikâyetçi olup olmadıkları, evet ise iki haftada kaç kez şikâyetçi oldukları ve çalışma saatleri içinde ne kadar (tam gün, yarım gün, 3 saat, 2 saat, 1 saat, 1 saatten az) engellediğine yönelik sorular yer almaktaydı. Aynı tablo içinde üç farklı soru grubunun yer alması anlamayı ve yanıt vermeyi güçleştirdiği için tablonun ikiye ayrılması uygun görülmüştür. Ayrıca “C2” bölümünde kaybedilen zamana ilişkin sıklık belirtilmesi gerektiği için bu bölümün nasıl yanıtlanacağına ilişkin bir örnek eklenmiştir. Bunun yanında gözden kaçma ihtimali olan olumsuz anlam taşıyan ifadeler ve dikkat edilmesi gereken kelimelerin (“son iki hafta” gibi) altı çizilerek vurgulanmıştır.

Anket formunun uygulanmasında ise görüşme yoluyla anket yöntemi seçilmiştir. Anket formu dağıtılmadan önce araştırma ve anketin doldurulması ile ilgili çalışanlara ön bilgi verilmiştir. Doldurma işlemleri tamamlandıktan sonra formlar kişilerden toplanmıştır.

5.5. Verilerin Analizi

Bu bölümünde araştırmanın amacına yönelik analizlere yer verilmektedir. Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 paket programından yararlanılmıştır. Öncelikle, çalışmaya katılan hastane çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini, çalışma koşullarını, genel sağlık durumlarını, sağlık sorunlarını, performans düzeylerine ilişkin dağılımları ve yapılan devamsızlık gün sayılarını incelemek için tanımlayıcı bulguları (frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) elde edilmiştir.

Çalışanların işte var olamama ve işe devamsızlık eğilimlerinin ve maliyetlerinin cinsiyet, medeni durum, okul öncesi çocuk sayısı, aylık toplam çalışma saati ve çalışılan hastane ile arasındaki ilişkinin incelenmesinde Student's t-testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) kullanılmıştır.

Çalışanların işte var olamama ve işe devamsızlık eğilimlerinin ve maliyetlerinin yaş, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir, çocuk sayısı, hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı, BKİ değerleri ve genel sağlık durumu ile arasındaki ilişkinin incelenmesinde Tek Yönlü ANOVA (Analysis of Variance) testi kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlı ilişki bulunması durumunda anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Post-hoc testlerinde biri olan Tukey-HSD testinden yararlanılmıştır. İşte var olamama ve işe devamsızlık ile maliyetleri arasındaki ilişki olup olmadığını ve ilişkinin kuvveti ve yönünü belirlemek için Pearson Korelasyon Analizinden faydalanılmıştır.

Çalışanların sosyo-demografik özelliklerine, çalışma koşullarına ve sağlık durumlarına göre işte var olamamanın mali yükü incelenmeden önce işte var olamama sorununun ne kadarlık işgücü kaybına neden olduğunun hesaplanması gerekmektedir. Her çalışan sıralanan sağlık koşulları nedeniyle kaybettikleri zamanlar saat bazında ele alınmıştır. her çalışanın kendi beyanlarına göre ele alınan aylık maaş (maaş+ek ödemeler), aylık toplam çalışma saatlerine bölünerek saatlik ücretleri elde edilmiştir. Son iki haftada kaybedilen zaman ile saatlik ücretleri çarpılarak verimlilik kayıplarının parasal karşılıkları hesaplanmıştır. Buradan yola çıkarak, sonuçları 2 ile çarparak aylık tahmini mali yük, elde edilen sonucu da 12 ile çarparak yıllık tahmini mali yükü elde edilmiştir.

İşe devamsızlıkların mali yükü ise, sağlık nedeniyle ve sağlık dışı nedenlerle gelmedikleri günler saate (bir işgünü 8 saat olarak alınmıştır) dönüştürülüp saatlik ücretleri ile çarpılarak elde edilmiştir. Buradaki fark, işte var olamamada çalışanların hangi sağlık sorunundan ne kadar zaman kaybettikleri belli iken işe devamsızlıkta hangi sağlık sorunundan dolayı kaybedildiği belli değildir. Tahmini aylık ve yıllık mali yükler işte var olamamada olduğu gibi hesaplanmıştır. Hipotezlerin test edilmesinde araştırmanın konusuna binaen sağlık nedeniyle işe devamsızlık ve maliyeti ele alınmıştır.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın olası sınırlılıkları şunlardır:

- Bu araştırmanın sonuçları sadece belirlenen evrene aittir. Sonuçlar araştırma evreni dışında çalışan diğer hastane ya da sektör çalışanlarına genellenemez.
- Hatırlama süresinin iki hafta ile sınırlı tutulması en önemli sınırlılıklardan biridir. Çalışanların izin ve rapor alınan gün sayılarını, sağlık problemlerini ve bunların çalışma saatleri içerisinde performanslarını ne kadar etkilediğini hatırlamalarını kolaylaştırmak amacıyla iki haftalık hatırlama periyodu seçilmiş olmakla birlikte diğer yandan iki haftalık hatırlama periyodunun her çalışanın gerçek verimliliğini yansıtmama olasılığı da bulunmaktadır.
- Çalışma kesitsel olduğu için mevsimsel hastalıkların (grip, soğuk algınlığı, alerji gibi) işte var olamama ve işe devamsızlık üzerindeki etkisi kontrol edilememiştir.
- Anket uygulamasının, eğitim ve öğretim döneminin bittiği yaz aylarında yapılmamış olmasının bir sonucu olarak araştırma, devamsızlıkların artışından etkilenmemiştir.

6. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde, Kırıkkale ilinde hizmet sunan KYİH ve KÜTF Hastanesi'nde çalışmakta olan hastane çalışanlarının sağlık koşullarına bağlı olarak işte var olamama ve işe devamsızlık eğilimlerini ve maliyetlerini ortaya koymak, sosyo-demografik özelliklerine ve çalışma koşullarına göre farklılık gösterip göstermediği ve aralarında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla toplam 951 çalışandan elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

6.1.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, her tabloda hastane çalışanlarının çalıştıkları hastane ve genel toplam kategorileri halinde sosyo-demografik özelliklerine, çalışma koşullarına, genel sağlık durumlarına, sağlık sorunlarına, BKİ değerlerine, performans düzeylerine ve yapılan devamsızlık sayılarına göre dağılımlarına yer verilmektedir.

Tablo 11. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş	18-25 arası	32	5,2	44	13,1	76	8
	26-33 arası	116	18,9	149	44,3	265	27,9
	34-41 arası	293	47,6	90	26,8	383	40,3
	42-49 arası	133	21,6	42	12,5	175	18,4
	50 ve üzeri	41	6,7	11	3,3	52	5,5
Cinsiyet	Kadın	332	54	189	56,3	521	54,8
	Erkek	283	46	147	43,8	430	45,2
Eğitim düzeyi	Lise ve altı	159	25,9	65	19,3	224	23,6
	2 yıllık üniversite	249	40,5	57	17	306	32,2
	4 yıllık üniversite	133	21,6	79	23,5	212	22,3
	Tıp fakültesi	6	1	55	16,4	61	6,4
	Yüksek lisans	15	2,4	28	8,3	43	4,5
	Tıpta uzmanlık	53	8,6	52	15,5	105	11
	Medeni durum	Evli	488	79,3	231	68,8	719
Evli değil		127	20,7	105	31,3	232	24,4

Tablo 11'in devamı

Değişkenler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık gelir	2500 ve altı	267	43,4	118	35,1	385	40,5
	2501-2980	250	40,7	111	33	361	38
	2981 ve üzeri	98	15,9	107	31,8	205	21,6
Çocuk sayısı	Yok	118	19,2	144	42,9	262	27,5
	1	147	23,9	95	28,3	242	25,4
	2	243	39,5	77	22,9	320	33,6
	3 ve üzeri	107	17,4	20	6	127	13,4
Okul öncesi çocuk	Yok	456	74,1	270	80,4	726	76,3
	Var	159	25,9	66	19,6	225	23,7

Tablo 11'e göre; KYİH'nde çalışanlarının çoğunluğunu (%75,9) 34 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu görülürken KÜTFH'nde çalışanlarının çoğunluğu (%57,4) 18-33 yaş grubundadır. Görüldüğü gibi KYİH'ne göre KÜTFH'nde çalışanların daha genç olduğunu söylemek mümkündür. KYİH'nde çalışanların %54'ünü, KÜTFH'nde %56,3'ünü kadınların oluşturduğu çalışmada genel toplamın %54,8'i kadınlardan oluşmaktadır. KYİH'nde çalışanların %79,3'ünün, KÜTFH'nde %68,8'inin ve genel toplamda ise çalışanların %75,6'sının evli olduğu saptanmıştır. KYİH'nde çalışanların %66,4'ü 2 yıllık üniversite mezunu ve daha alt eğitim düzeylerine sahipken, KÜTFH'nde çalışanların ise %63,7'sinin 4 yıllık üniversite mezunu ve daha üst eğitim düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. KÜTFH'nde çalışanların eğitim düzeyinin KYİH'ne göre yüksek olması, KÜTFH'nin eğitim ve araştırma hastanesi olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 12. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı

Değişkenler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Meslek	Hekim	59	9,6	126	37,5	185	19,5
	Hemşire-Ebe	243	39,5	107	31,8	350	36,8
	Diğer sağlık personeli	210	34,1	60	17,9	270	28,4
	İdari personel	103	16,7	43	12,8	146	15,4

Tablo 12'nin devamı

Değişkenler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Meslekte hizmet yılı	1-5 yıl	65	10,6	142	42,3	207	21,8
	6-10 yıl	101	16,4	76	22,6	177	18,6
	11-15 yıl	119	19,3	49	14,6	168	17,7
	16-20 yıl	172	28	40	11,9	212	22,3
	21 yıl ve üzeri	158	25,7	29	8,6	187	19,7
Kurumdaki hizmet yılı	1-5	278	45,2	226	67,3	504	53
	6-10	126	20,5	73	21,7	199	20,9
	11 yıl ve üzeri	211	34,3	37	11	248	26,1
Toplam çalışma saati (aylık)	176 ve altı	261	42,4	121	36	382	40,2
	177 ve üzeri	354	57,6	215	64	569	59,8
Nöbet sayısı	Yok	286	46,5	155	46,1	441	46,4
	1-3 kez	97	15,8	31	9,2	128	13,5
	4-6 kez	76	12,4	42	12,5	118	12,4
	7 ve üzeri	156	25,4	108	32,1	264	27,8
	Hiç	100	16,3	103	30,7	203	21,3
Kurum değiştirme sayısı	1 kez	75	12,2	43	12,8	118	12,4
	2 kez	206	33,5	106	31,5	312	32,8
	3 kez	146	23,7	57	17	203	21,3
	4 ve daha çok	88	14,3	27	8	115	12,1
Çalışma şekli	Gündüz	290	47,2	155	46,1	445	46,8
	Nöbet-Vardiya	109	17,7	12	3,6	121	12,7
	Gündüz + Nöbet	216	35,1	169	50,3	385	40,5

Çalışanların çalışma koşullarına göre dağılımı Tablo 12'de yer almaktadır. KYİH'nde çalışanların %39,5'ini hemşire-ebe, %34,1'ini diğer sağlık personelleri, %16,7'sini idari personel ve %9,6'sını hekimler oluşturmaktadır. KÜTFH'nde çalışanların %37,5'ini hekimler, %31,8'ini hemşire-ebe, %17,9'unu diğer sağlık personelleri ve %12,8'ini idari personeller oluşturmaktadır. KÜTFH'nde hekim ve asistan hekim toplamının fazla olması sebebiyle hekim oranı hem diğer meslek gruplarından hem de KYİH'ndeki hekim oranından yüksek çıkmıştır. Meslekteki hizmet yılına bakıldığında, KYİH'nde çalışanların %28'i 16-20 yıl, %25,7'si 21 yıl üzeri, KÜTFH'nde çalışanların %42,3'ü 1-5 yıl, %22,6'sı 6-10 yıl hizmet verdikleri görülmektedir. Kurumdaki hizmet yıllarına

göre ise KYİH’nde çalışanların %45,2’si 1-5 yıl, %34,3’ü 11 yıl ve üzeri, KÜTFH’nde çalışanların %67,3’ünün 1-5 yıl ve %21,7’si 6-10 yıl olarak dağılım göstermiştir. Burada KYİH’nde çalışanların kurumda daha uzun yıllar çalışması KÜTFH’nden daha uzun zaman önceden bu yana hizmet veren bir hastane olması etkili olmuş olabilir. Genel toplamda ise çalışanların %53’ü mevcut hastanelerinde 1-5 yıldır hizmet vermektedir.

Tablo 13. Hastane Çalışanlarının Genel Sağlık Durumlarına ve BKİ Değerlerine Göre Dağılımları

Değişkenler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
BKİ	Zayıf	10	1,62	11	3,3	21	2,2
	Normal	272	44,22	182	54,2	454	47,7
	Fazla kilolu	246	40	106	31,5	352	37
	Obez	87	14,14	37	11	124	13
Genel sağlık durumu	Mükemmel	32	5,2	13	3,9	45	4,7
	Çok iyi	93	15,1	75	22,3	168	17,7
	İyi	269	43,7	161	47,9	430	45,2
	Fena değil	192	31,2	75	22,3	267	28,1
	Kötü	29	4,7	12	3,6	41	4,3

Çalışanların genel sağlık durumlarına ve BKİ değerlerine göre dağılımları Tablo 13’te verilmiştir. Buna göre çalışanların toplamda %50’sinin fazla kilolu ve obez sınıfına girmesi elde edilen kritik bulgular arasındadır. KYİH’ndeki fazla kilolu ve obez oranı KÜTFH’nden daha fazladır. Bunun yanında çalışanların %45,2’si genel sağlık durumunu “iyi” olarak nitelendirmiştir. Fakat “fena değil” ve “kötü” olarak ifade edenler “çok iyi” ve “mükemmel” olarak ifade edenlerden daha fazladır.

Tablo 14. Hastane Çalışanlarının Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

Sağlık sorunları		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemleri	Hayır	316	51,4	163	48,5	479	50,4
	Evet, tanı konuldu	120	19,5	62	18,5	182	19,1
	Evet, tanı konulmadı	179	29,1	111	33	290	30,5
Kronik bel-boyun ağrısı	Hayır	335	54,5	178	53	513	53,9
	Evet, tanı konuldu	138	22,4	61	18,2	199	20,9
	Evet, tanı konulmadı	142	23,1	97	28,9	239	25,1

Tablo 14'ün devamı

Sağlık sorunları		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Migren-baş ağrısı	Hayır	403	65,5	196	58,3	599	63
	Evet, tanı konuldu	79	12,8	48	14,3	127	13,4
	Evet, tanı konulmadı	133	21,6	92	27,4	225	23,7
Yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon	Hayır	557	90,6	309	92	866	91,1
	Evet, tanı konuldu	33	5,4	15	4,5	48	5
	Evet, tanı konulmadı	25	4,1	12	3,6	37	3,9
Yüksek kan kolesterolü	Hayır	567	92,2	311	92,6	878	92,3
	Evet, tanı konuldu	33	5,4	21	6,3	54	5,7
	Evet, tanı konulmadı	15	2,4	4	1,2	19	2
Kalp hastalıkları	Hayır	587	95,4	325	96,7	912	95,9
	Evet, tanı konuldu	20	3,3	6	1,8	26	2,7
	Evet, tanı konulmadı	8	1,3	5	1,5	13	1,4
Uyku problemi	Hayır	387	62,9	177	52,7	564	59,3
	Evet, tanı konuldu	31	5	16	4,8	47	4,9
	Evet, tanı konulmadı	197	32	143	42,6	340	35,8
Depresyon	Hayır	463	75,3	268	79,8	731	76,9
	Evet, tanı konuldu	43	7	14	4,2	57	6
	Evet, tanı konulmadı	109	17,7	54	16,1	163	17,1
Anksiyete	Hayır	450	73,2	233	69,3	683	71,8
	Evet, tanı konuldu	35	5,7	17	5,1	52	5,5
	Evet, tanı konulmadı	130	21,1	86	25,6	216	22,7
Astım	Hayır	575	93,5	320	95,2	895	94,1
	Evet, tanı konuldu	29	4,7	11	3,3	40	4,2
	Evet, tanı konulmadı	11	1,8	5	1,5	16	1,7
Diyabet	Hayır	575	93,5	323	96,1	898	94,4
	Evet, tanı konuldu	33	5,4	10	3	43	4,5
	Evet, tanı konulmadı	7	1,1	3	0,9	10	1,1
Obezite	Hayır	563	91,5	311	92,6	874	91,9
	Evet, tanı konuldu	23	3,7	8	2,4	31	3,3
	Evet, tanı konulmadı	29	4,7	17	5,1	46	4,8
Kanser	Hayır	610	99,2	329	97,9	939	98,7
	Evet, tanı konuldu	4	0,7	6	1,8	10	1,1
	Evet, tanı konulmadı	1	0,2	1	0,3	2	0,2
Mide problemleri	Hayır	399	64,9	206	61,3	605	63,6
	Evet, tanı konuldu	106	17,2	64	19	170	17,9
	Evet, tanı konulmadı	110	17,9	66	19,6	176	18,5
Kronik yorgunluk	Hayır	284	46,2	136	40,5	420	44,2
	Evet, tanı konuldu	45	7,3	27	8	72	7,6
	Evet, tanı konulmadı	286	46,5	173	51,5	459	48,3

Tablo 14'ün devamı

Sağlık sorunları		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öksürük, boğaz ağrısı	Hayır	459	74,6	241	71,7	700	73,6
	Evet, tanı konuldu	61	9,9	39	11,6	100	10,5
	Evet, tanı konulmadı	95	15,4	56	16,7	151	15,9
Ateş, titreme, soğuk algınlığı/grip	Hayır	511	83,1	254	75,6	765	80,4
	Evet, tanı konuldu	45	7,3	41	12,2	86	9
	Evet, tanı konulmadı	59	9,6	41	12,2	100	10,5
Kabızlık, ishal	Hayır	533	86,7	293	87,2	826	86,9
	Evet, tanı konuldu	32	5,2	14	4,2	46	4,8
	Evet, tanı konulmadı	50	8,1	29	8,6	79	8,3
İş kazası	Hayır	601	97,7	328	97,6	929	97,7
	Evet, tanı konuldu	6	1	5	1,5	11	1,2
	Evet, tanı konulmadı	8	1,3	3	0,9	11	1,2
Yaralanma, kaza	Hayır	607	98,7	329	97,9	936	98,4
	Evet, tanı konuldu	4	0,7	2	0,6	6	0,6
	Evet, tanı konulmadı	4	0,7	5	1,5	9	0,9
Diğer	Hayır	591	96,1	329	97,9	920	96,7
	Evet, tanı konuldu	22	3,6	4	1,2	26	2,7
	Evet, tanı konulmadı	2	0,3	3	0,9	5	0,5

Çalışanların anket formunda sıralanan sağlık sorunlarından şikâyetçi olup olmadıklarını, şikâyetçi oldukları sorunların da tanısının konulup konulmadığına ilişkin dağılımlar Tablo 14'te verilmiştir. Çalışanların en fazla şikâyetçi olduğu sağlık sorunlarına bakıldığında %55,9'u kronik yorgunluk ve düşük enerji sorunundan, %49,6'sı eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemlerinden, %46'sı ise kronik bel-boyun ağrısından şikâyetçi olduklarını belirtmişlerdir. Bu sağlık sorunları aynı zamanda şikâyetçi olunan ancak tanısı konulmadığını belirtenlerin oranı tanısı konulanlara göre daha fazladır. En az şikâyetçi oldukları sağlık sorunları ise %1,3 ile kanser, %1,5 ile yaralanma ve kaza ve %2,4 ile de iş kazası olduğu görülmüştür.

Çalışanların son iki hafta içerisinde kendi performanslarını ve kendileri ile benzer işi yapan çalışma arkadaşlarının performanslarını değerlendirmeleri ve son bir yıldaki genel olarak kendi performanslarını değerlendirmelerine ilişkin verdikleri yanıtlar Tablo 15'te yer almaktadır. Buna göre, her iki hastanedeki çalışanlar genel olarak kendi performans düzeylerine daha yüksek puan verme eğilimi göstermişlerdir.

Tablo 15. Hastane Çalışanlarının Performans Değerlendirmeleri

İfadeler	KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Diğer çalışanların performansını değerlendirme	6,99	2,24	6,72	2,29	6,90	2,26
Kendi performansını değerlendirme	7,76	1,94	7,25	2,10	7,58	2,02
Kendi genel performansını değerlendirme	7,91	1,81	7,72	1,83	7,84	1,82

Tablo 16’da ise çalışanlar, son iki hafta içinde kendisiyle benzer işi yapan diğer çalışanların performansı ile kendi performans düzeylerini karşılaştırdıklarında genel olarak performanslarının hemen hemen diğer çalışanlarla aynı düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kendi performansının diğer çalışanlardan daha iyi olduğunu ifade eden çalışanlar, daha kötü olduğunu ifade eden çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bulgu, Tablo 15’te elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir.

Tablo 16. Hastane Çalışanlarının Çalışma Arkadaşları ile Kendi Performans Düzeyini Değerlendirmeleri

İfadeler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Son iki haftadaki çalışma performansınızı sizinle benzer işi yapan diğer çalışan(lar)ın performansı ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz?	Diğer çalışanlardan daha iyi	203	33	111	33	314	33
	Hemen hemen diğer çalışanlar kadar	318	51,7	174	51,8	492	51,7
	Diğer çalışanlardan daha kötü	94	15,3	51	15,2	145	15,2

Hastane çalışanlarının çalışma yaşamı değerlendirmelerine bakıldığında Tablo 17’ye göre, çalışanların %65,1’i olması gerektiği kadar dikkatli bir şekilde çalışmadığını, %66,4’ü çalışma kalitesinin olması gerekenden düşük olduğunu, %63,4’ü işine konsantre olamadığını ve %80,2’si sağlık sorunlarının çalışmasını engellediğini ifade etmiştir. Buna göre, çalışanların önemli bir kısmının verimli bir şekilde çalışmadığı ve büyük bir kısmının da sağlık problemlerinden dolayı iş yapamadığı elde edilen bulgular arasındadır.

Tablo 17. Hastane Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına İlişkin Değerlendirmeleri

İfadeler		KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olması gerektiği kadar dikkatli bir şekilde çalışmadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zaman	37	6	12	3,6	49	5,2
	Çoğu zaman	68	11,1	46	13,7	114	12
	Ara sıra	119	19,3	60	17,9	179	18,8
	Bazen	177	28,8	100	29,8	277	29,1
	Hiçbir zaman	214	34,8	118	35,1	332	34,9
Çalışma kalitenizin olması gerekenden düşük olduğunu düşünüyor musunuz?	Her zaman	14	2,3	19	5,7	33	3,5
	Çoğu zaman	57	9,3	31	9,2	88	9,3
	Ara sıra	125	20,3	52	15,5	177	18,6
	Bazen	203	33	130	38,7	333	35
	Hiçbir zaman	216	35,1	104	31	320	33,6
İşinize konsantre olamadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zaman	6	1	5	1,5	11	1,2
	Çoğu zaman	28	4,6	25	7,4	53	5,6
	Ara sıra	140	22,8	54	16,1	194	20,4
	Bazen	209	34	136	40,5	345	36,3
	Hiçbir zaman	232	37,7	116	34,5	348	36,6
Sağlık sorunlarınızın çalışmanızı engellediğini düşünüyor musunuz?	Her zaman	94	15,3	17	5,1	111	11,7
	Çoğu zaman	95	15,4	29	8,6	124	13
	Ara sıra	149	24,2	80	23,8	229	24,1
	Bazen	170	27,6	129	38,4	299	31,4
	Hiçbir zaman	107	17,4	81	24,1	188	19,8

Tablo 18’de ise çalışanların sağlık nedeniyle işe tam gün ve yarım gelmedikleri, sağlık dışındaki diğer nedenlerle işe tam gün ve yarım gelmedikleri, aldıkları rapor ve izin sayıları ve erken gelip geç çıktıkları gün sayılarının ortalamaları verilmiştir.

Tablo 18. Hastane Çalışanlarının İşe Devamsızlık ve Fazla Çalışma Durumlarının Dağılımları (Gün)

Değişkenler	KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Sağlık nedeniyle tam gün gelmeme	0,22	0,71	0,43	1,30	0,29	0,96
Sağlık nedeniyle yarım gün gelmeme	0,14	0,50	0,15	0,61	0,14	0,54
Diğer nedenler tam gün gelmeme	0,25	0,64	0,36	1,03	0,29	0,80
Diğer nedenler yarım gün gelmeme	0,20	0,72	0,17	0,56	0,19	0,67
Rapor sayısı	0,18	0,80	0,29	1,14	0,22	0,93
İzin sayısı	0,26	0,95	0,44	1,42	0,32	1,14
Erken gelip geç çıkma durumu	0,69	1,86	1,96	3,08	1,14	2,44

Buna göre, genel olarak bakıldığında KÜTFH’nde çalışanların KYİH’ne göre daha fazla devamsızlık yapma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bunun yanında yine KÜTFH çalışanları KYİH çalışanlarına göre genel olarak daha fazla işe erken gelerek ya da işten geç çıkarak fazla mesai yapmaktadır. Sağlık nedeniyle (0,29+0,14) ve sağlık dışı diğer nedenlerden (0,29+0,19) dolayı son iki haftada çalışan başına ortalama olarak 0,91 gün devamsızlık yapılmıştır. Bu ortalamadan yola çıkılarak çalışan başına tahmini aylık (0,91x2) 1,82 gün ve yıllık (1,82x12) 21,84 gün devamsızlık yapılabileceği öngörülmektedir.

Tablo 19. Hastane Çalışanlarının Sağlık Koşullarına Bağlı Olarak Kaybettikleri Zaman (Saat)

Sağlık koşulları	KYİH (n=615)		KÜTFH (n=336)		Toplam (n=951)	
	Toplam	Ort.	Toplam	Ort.	Toplam	Ort.
1 Eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemleri	1305	2,12	886,5	2,64	2191,5	2,38
2 Kronik bel/boyun ağrısı	1193	1,94	961	2,86	2154	2,40
3 Migren-baş ağrısı	807	1,31	584,5	1,74	1391,5	1,52
4 Yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon	280	0,45	186	0,55	446	0,50
5 Yüksek kan kolesterolü	78	0,13	88	0,26	166	0,19
6 Kalp hastalıkları	39	0,06	1	0,002	40	0,03
7 Uyku problemi	988	2,00	840	3,00	1828	2,50
8 Depresyon	720	1,17	359	1,07	1079	1,12
9 Anksiyete (kaygı, endişe) bozukluğu	717	1,16	446	1,33	1163	1,24
10 Astım	107	0,17	76	0,23	183	0,20
11 Diyabet	107	0,17	103	0,31	210	0,24
12 Obezite	263	0,43	125	0,37	388	0,40
13 Kanser	15	0,02	56	0,17	71	0,09
14 Mide problemleri	626	1,02	654	1,95	1280	1,48
15 Kronik yorgunluk ya da düşük enerji	1630	2,65	1004	2,99	2634	2,82
16 Öksürük ya da boğaz ağrısı	442	0,72	478	1,42	920	1,07
17 Ateş, titreme ya da diğer soğuk algınlığı/grip belirtileri	276	0,45	458	1,36	734	0,91
18 Kabızlık, su kaybı ya da ishal	295	0,48	224	0,67	519	0,58
19 İş kazası	39	0,06	22	0,06	61	0,06
20 Yaralanma ve kaza	18	0,03	17	0,05	35	0,04
21 Diğer	165	0,27	10	0,03	175	0,15
TOPLAM	10110	16,81	7579	23,06	17669	19,94

Çalışanların her bir sağlık koşulundan dolayı son iki hafta içerisinde kaybedilen verimliliklerinin toplam ve ortalama değerleri saat bazında hesaplanmıştır (Tablo 19). Buna göre çalışanlar en fazla kronik yorgunluk ya da düşük enerji (2,82 saat), uyku problemi (2,50 saat) kronik bel/boyun ağrısı (2,40 saat) ve eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemleri (2,38 saat) nedeniyle verimlilik kaybı yaşamaktadır. En az verimlilik kaybı ise kalp hastalıkları (0,03 saat), yaralanma ve kaza (0,04 saat) ve kanser (0,09 saat) nedeniyle ortaya çıkmıştır. Son iki hafta içerisinde, tüm sağlık koşullarından dolayı toplam 17669 saat (736,21 gün) ve ortalama olarak ise 841,38 saat (35,05 gün) kaybedilirken çalışan başına toplam 19,94 saat verimlilik kaybı olduğu saptanmıştır. KÜTFH çalışanlarının (23,06 saat), KYİH çalışanlarına (16,81 saat) göre sağlık sorunları nedeniyle daha fazla verimlilik kaybı yaşadıkları görülmüştür.

6.1.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu kısmında işte var olamama ve işe devamsızlık ile bu sorunların maliyetlerinin çalışanların sosyo-demografik özelliklerine, çalışma koşullarına, obezite ve genel sağlık durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin testlere yer verilmiştir. Bu testlerin yanında işte var olamama ile işe devamsızlık ve işte var olamama maliyeti ve işe devamsızlık maliyeti arasındaki ilişkilere yönelik testler yer almaktadır.

6.1.2.1. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine, Çalışma Koşullarına ve Sağlık Durumlarına Göre İşte Var Olamama Eğilimleri

Aşağıda hastane çalışanlarının işte var olamama davranışları ile sosyo-demografik özellikleri, çalışma koşulları, obezite ve genel sağlık durumlarını etkileyen faktörlerle ilgili analiz sonuçları yer almaktadır.

Hastane çalışanlarının cinsiyetlerine göre işte var olamama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadınların ($23,75 \pm 50,86$) erkeklere göre ($12,36 \pm 26,78$) göre sağlık sorunlarından dolayı daha fazla işte var olamadıkları görülmüştür.

Tablo 20. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşte Var Olamama Eğilimi

Cinsiyet	n	Ort.	SS	t/F*	P	Post Hoc.
Kadın	521	23,75	50,86	4,191	<0,001	
Erkek	430	12,36	26,78			
Yaş						
18-25 arası ¹	76	15,64	30,19	2,704*	0,029	2-4 p=0,045
26-33 arası ²	265	24,85	58,42			
34-41 arası ³	383	18,29	38,97			
42-49 arası ⁴	175	13,52	22,73			
50 ve üzeri ⁵	52	10,42	22,05			
Toplam	951	18,60	42,09			
Eğitim durumu						
Lise ve altı ¹	224	16,96	34,49	1,237*	0,290	
2 yıllık üniversite ²	306	19,79	36,36			
4 yıllık üniversite ³	212	22,78	53,17			
Tıp fakültesi ⁴	61	18,39	40,85			
Yüksek lisans ⁵	43	8,60	14,85			
Tıpta uzmanlık ⁶	105	14,35	53,49			
Toplam	951	18,60	42,09			
Medeni durum						
Evli	719	18,98	45,01	0,485	,628	
Evli değil	232	17,44	31,43			
Aylık gelir						
2500 ve altı ¹	385	16,55	34,45	1,030*	0,357	
2501-2980 ²	361	20,96	46,23			
2981 ve üzeri ³	205	18,28	47,18			
Toplam	951	18,60	42,09			
Çocuk sayısı						
Yok ¹	262	18,83	36,96	0,542*	0,653	
1 ²	242	20,52	54,97			
2 ³	320	18,51	30,51			
3 ve üzeri ⁴	127	14,66	48,64			
Toplam	951	18,60	42,09			
Okul öncesi çocuk						
Yok	726	17,63	38,07	1,271	0,204	
Var	225	21,71	53,00			

Hastane çalışanlarının yaşlarına göre işte var olamama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise 26-33 yaş ($24,85\pm58,42$) ile 42-49 yaş ($13,52\pm22,73$) aralığından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna göre nispeten daha genç yaş grubunda olan çalışanlar orta yaştaakilere göre daha fazla işte var olamama eğilimi göstermektedir. Hastane çalışanlarının eğitim durumları, medeni durumları, aylık gelirleri, çocuk sayılarına ve okul öncesi çocuk sahibi olup olmamalarına göre işte var olamama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 20). Buna göre Hipotez 1a ve 1b kabul edilirken diğer hipotezler (1c, 1d, 1e, 1f ve 1g) reddedilmiştir.

Hastane çalışanlarının mesleklerine göre işte var olamama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hemşire-ebe ($26,46\pm52,39$) ile hekim ($14,76\pm46,69$), diğer sağlık personeli ($15,45\pm29,59$) ve idari personel ($10,43\pm18,82$) meslek gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna göre hemşire-ebe meslek grubu çalışanları, diğer meslek grubundakilere kıyasla en fazla işte var olamayan çalışanlardır (Tablo 21).

Tablo 21. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşte Var Olamama Eğilimi

Meslek	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Hekim ¹	185	14,76	46,69			
Hemşire-Ebe ²	350	26,46	52,39			1-2 p=0,011
Diğer sağlık personeli ³	270	15,45	29,59	7,051*	<0,001	2-3 p=0,006 2-4 p=0,001
İdari personel ⁴	146	10,43	18,82			
Toplam	951	18,60	42,09			
Meslekteki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	207	19,54	42,64			
6-10 yıl ²	177	23,02	54,82			
11-15 yıl ³	168	20,22	43,39			
16-20 yıl ⁴	212	16,63	40,40	1,218*	0,302	
21 yıl ve üzeri ⁵	187	14,14	24,54			
Toplam	951	18,60	42,09			

Tablo 21'in devamı

Kurumdaki hizmet yılı	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
1-5 yıl ¹	504	21,10	48,28			
6-10 yıl ²	199	14,10	25,89			
11 yıl ve üzeri ³	248	17,12	38,69	2,184*	0,113	
Toplam	951	18,60	42,09			
Kurum değiştirme sayısı						
Hiç ¹	203	16,52	32,65			
1 kez ²	118	17,05	27,83			
2 kez ³	312	21,08	51,34			
3 kez ⁴	203	15,48	31,04	0,973*	0,421	
4 ve daha çok ⁵	115	22,60	55,85			
Toplam	951	18,60	42,09			
Toplam çalışma saati						
176 ve altı	382	18,59	40,61			
177 ve üzeri	569	18,60	43,09	-0,002	0,998	
Çalışma şekli						
Gündüz ¹	445	16,95	42,30			
Nöbet-Vardiya ²	121	15,33	23,71			
Gündüz +Nöbet ³	385	21,53	46,07	1,641*	0,194	
Toplam	951	18,60	42,09			
Hastane						
KYİH	615	16,43	39,59			
KÜTFH	336	22,55	46,11	-2,146	0,032	

Hastane çalışanlarının mesleklerindeki hizmet yılına, kurumdaki hizmet yılına, kurum değiştirme sıklıklarına, aylık toplam çalışma saatlerine ve çalışma şekillerine göre işte var olamama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalıştıkları hastaneye göre işte var olamama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre KÜTFH'nde çalışanların ($22,55\pm 46,11$) KYİH'nde çalışanlara ($16,43\pm 39,59$) göre daha fazla işte var

olamadıkları tespit edilmiştir (Tablo 21). Bulgulara göre Hipotez 2a ve 2g kabul edilirken diğer hipotezler (2b, 2c, 2d, 2e ve 2f) reddedilmiştir.

Tablo 22. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşte Var Olamama Eğilimi

Genel sağlık	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Mükemmel ¹	45	13,84	39,97			
Çok iyi ²	168	9,00	21,62			1-5 p=0,001 2-4 p=0,006
İyi ³	430	17,30	42,75			2-5 p<0,001 3-5 p<0,001
Fena değil ⁴	267	22,96	38,94	8,508*	<0,001	4-5 p=0,003
Kötü ⁵	41	48,29	84,95			
Toplam	951	18,40	42,09			
BKİ						
Zayıf ¹	21	20,57	40,85			
Normal ²	454	19,62	44,25			
Fazla kilolu ³	352	15,86	33,87	0,918*	0,413	
Obez ⁴	124	22,29	53,70			
Toplam	951	18,60	42,09			

Çalışanların genel sağlık durumu değerlendirmelerine göre işte var olamama eğilimlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0,05$) ve çalışanların sağlık durumu kötüleştikçe daha fazla kendilerini işe veremedikleri tespit edilmiştir ($48,29\pm 84,95$). Buna göre Hipotez 3 kabul edilmiştir. Çalışanların obez olup olmamalarına göre işte var olamama eğilimlerini arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptanmış olmakla birlikte obez çalışanların ortalamasının diğer çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür ($22,29\pm 53,70$) ($p>0,05$) (Tablo 22). Bu bulguya göre Hipotez 4 reddedilmiştir.

6.1.2.2. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine, Çalışma Koşullarına ve Sağlık Durumlarına Göre İşe Devamsızlık Eğilimleri

Aşağıda hastane çalışanlarının işe devamsızlık davranışları ile sosyo-demografik ve çalışma koşullarını etkileyen faktörlerle ilgili analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 23. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşe Devamsızlık Eğilimi

Cinsiyet	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Kadın	521	3,52	9,16	2,355	0,019	
Erkek	430	2,20	7,74			
Yaş						
18-25 arası ¹	76	5,68	11,98	3,713*	0,005	1-3 p=0,039 1-4 p=0,007 1-5 p=0,041
26-33 arası ²	265	3,58	11,00			
34-41 arası ³	383	2,66	7,22			
42-49 arası ⁴	175	1,76	5,50			
50 ve üzeri ⁵	52	1,38	3,95			
Toplam	951	2,92	8,57			
Eğitim durumu						
Lise ve altı ¹	224	3,52	8,76	0,975*	0,432	
2 yıllık üniversite ²	306	2,76	8,16			
4 yıllık üniversite ³	212	3,45	10,55			
Tıp fakültesi ⁴	61	2,36	6,51			
Yüksek lisans ⁵	43	1,30	3,88			
Tıpta uzmanlık ⁶	105	2,05	7,15			
Toplam	951	2,92	8,57			
Medeni durum						
Evli	719	2,58	8,01	-2,205	0,028	
Evli değil	232	4,00	10,06			
Aylık gelir						
2500 ve altı ¹	385	2,40	6,62	4,434*	0,012	1-3 p=0,013 2-3 p=0,030
2501-2980 ²	361	2,59	7,21			
2981 ve üzeri ³	205	4,48	12,83			
Toplam	951	2,92	8,57			
Çocuk sayısı						
Yok ¹	262	4,14	10,46	3,254*	0,021	1-3 p=0,017
1 ²	242	2,84	9,21			
2 ³	320	2,58	7,43			
3 ve üzeri ⁴	127	1,42	4,38			
Toplam	951	2,92	8,57			

Tablo 23'ün devamı

Okul öncesi çocuk	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Yok	726	2,04	9,08	-1,762	0,078	
Var	225	3,19	8,39			

Hastane çalışanlarının cinsiyetlerine göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadınların ($3,52 \pm 9,16$) erkeklere göre ($2,20 \pm 7,74$) göre daha fazla işe devamsızlık yaptıkları görülmüştür. Hastane çalışanlarının yaşlarına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın ise 18-25 yaş ($5,68 \pm 11,98$) ile 34-41 yaş ($2,66 \pm 7,22$), 42-49 yaş ($1,76 \pm 5,50$) ve 50 ve üzeri yaş ($1,38 \pm 3,95$) aralığından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna göre nispeten daha genç çalışanlar, diğerlerine göre daha fazla devamsızlık yapmaktadır. Hastane çalışanlarının eğitim durumlarına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Hastane çalışanlarının medeni durumlarına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre evli olmayan çalışanlar ($4,00 \pm 10,06$) evlilere ($2,58 \pm 8,01$) göre daha fazla işe devamsızlık yapmaktadır. Hastane çalışanlarının aylık gelirlerine göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın ise 2981 ve üzeri ($4,48 \pm 12,83$) gelir grubu ile 2500 ve altı ($2,40 \pm 6,62$) ve 2501-2980 ($2,59 \pm 7,21$) gelir grupları arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir düzeyi arttıkça devamsız yapma oranları da artmaktadır. Hastane çalışanlarının çocuk sayılarına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın ise çocuk sahibi olmayanlar ($4,14 \pm 10,46$) ile 2 çocuğu olanlar ($2,58 \pm 7,43$) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çocuğu olmayan çalışanlar 2 çocuk sahibi çalışanlara göre daha fazla devamsızlık yapmaktadır. Hastane çalışanlarının okul öncesi çocuk sahibi olma durumlarına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır olup ($p > 0,05$) (Tablo 23). Bu bulgulara göre 5a, 5b, 5d, 5e ve 5f hipotezleri kabul edilirken 5c ve 5g hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 24. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşe Devamsızlık Eğilimi

Meslek	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Hekim ¹	185	2,07	6,59			
Hemşire-Ebe ²	350	4,66	10,97			
Diğer sağlık personeli ³	270	1,89	7,18	7,817*	<0,001	1-2 p=0,005 2-3 p<0,001 2-4 p<0,003
İdari personel ⁴	146	1,72	5,39			
Toplam	951	2,92	8,57			
Meslekteki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	207	4,34	11,26			
6-10 yıl ²	177	2,82	7,70			
11-15 yıl ³	168	3,28	10,28			
16-20 yıl ⁴	212	2,26	6,63	2,559*	0,037	1-5 p=0,033
21 yıl ve üzeri ⁵	187	1,86	5,46			
Toplam	951	2,92	8,57			
Kurumdaki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	504	3,44	9,49			
6-10 yıl ²	199	2,53	8,65			
11 yıl ve üzeri ³	248	2,18	6,14	2,082*	0,125	
Toplam	951	2,92	8,57			
Kurum değiştirme sayısı						
Hiç ¹	203	3,94	10,53			
1 kez ²	118	3,52	10,18			
2 kez ³	312	2,55	8,27			
3 kez ⁴	203	2,46	6,53	1,294*	0,271	
4 ve daha çok ⁵	115	2,33	6,57			
Toplam	951	2,92	8,57			
Toplam çalışma saati						
176 ve altı	382	3,82	10,62			
177 ve üzeri	569	2,31	6,79	2,658	0,008	

Tablo 24'ün devamı

Çalışma şekli	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Gündüz ¹	445	2,71	8,64			
Nöbet-Vardiya ²	121	1,98	6,09	1,657*	0,191	
Gündüz +Nöbet ³	385	3,47	9,12			
Toplam	951	2,92	8,57			
Hastane						
KYİH	615	2,32	6,15	-2,971	0,003	
KÜTFH	336	4,04	11,71			

Hastane çalışanlarının mesleklerine göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise hemşire-ebe ($4,66\pm 10,97$) ile hekimler ($2,07\pm 6,59$), diğer sağlık personeli ($1,89\pm 7,18$) ve idari personel ($1,72\pm 5,39$) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hemşire-ebe meslek grubu diğer çalışanlara göre daha fazla devamsızlık yapmaktadır. Hastane çalışanlarının mesleklerindeki hizmet yılına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise 1-5 yıl arası çalışanlar ($4,34\pm 11,26$) ile 21 yıl ve üzeri çalışanlar ($1,86\pm 5,46$) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarının kurumlarındaki hizmet yılına ve kurum değiştirme sıklıklarına göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastane çalışanlarının aylık çalışma saatlerine göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre 176 saat ve altı çalışanlar ($3,82\pm 10,62$), 177 saat ve üzeri çalışanlardan ($2,31\pm 6,79$) daha fazla işe devamsızlık yapmaktadır. Hastane çalışanlarının çalışma şekline göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastane çalışanlarının çalıştıkları hastaneye göre işe devamsızlık eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre KÜTFH'nde çalışanlar ($4,04\pm 11,71$), KYİH'nde çalışanlardan ($2,32\pm 6,15$) daha fazla işe devamsızlık yapmaktadır (Tablo 24). Bu bulgulara göre 6a, 6b, 6e ve 6g hipotezleri kabul edilirken diğer hipotezler (6c, 6d ve 6f) reddedilmiştir.

Tablo 25. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşe Devamsızlık Eğilimi

Genel sağlık	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Mükemmel ¹	45	2,67	9,02			
Çok iyi ²	168	1,95	8,51			
İyi ³	430	2,90	8,78	1,179*	0,318	
Fena değil ⁴	267	3,32	7,71			
Kötü ⁵	41	4,78	10,96			
Toplam	951	2,92	8,57			
BKİ	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Zayıf ¹	21	1,14	3,13			
Normal ²	454	3,67	10,21			
Fazla kilolu ³	352	2,59	7,49	2,930*	0,033	2-4 p=0,46
Obez ⁴	124	1,41	3,99			
Toplam	951	2,92	8,57			

Hastane çalışanlarının genel sağlık durumları ve işe devamsızlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0,05$), BKİ değerleri ile devamsızlık arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre normal kilolu çalışanlar ($3,67\pm 10,21$) obez çalışanlara ($1,41\pm 3,99$) göre daha fazla devamsızlık yapmaktadır (Tablo 25). Bulgulara göre Hipotez 7 reddedilirken Hipotez 8 kabul edilmiştir.

6.1.2.3. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine, Çalışma Koşullarına ve Sağlık Durumlarına Göre İşte Var Olamama Maliyeti

Aşağıda öncelikle hastane çalışanlarının işte var olamama ve işe devamsızlıklarının hastaneye olan (2 haftalık, aylık ve yıllık) maliyetleri ve çalışan başına (2 haftalık, aylık ve yıllık) maliyetlerine yer verilmiştir (Tablo 26). Daha sonra ise işte var olamama maliyetleri ile sosyo-demografik özelliklerini, çalışma koşullarını ve sağlık durumlarını etkileyen faktörlerle ilgili analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 26. İşe Devamsızlık ve İşte Var Olamama Sorunlarının Hastanelere Maliyetleri (TL)

Hastane	Hastalık Kaynaklı İşte Var Olamama Maliyeti			İşe Devamsızlık Maliyeti									Toplam Maliyet (2 hafta)
				Sağlık Nedeniyle İşe Devamsızlık Maliyeti			Sağlık Dışı Nedenlerle İşe Devamsızlık Maliyeti			Toplam İşe Devamsızlık Maliyeti			
	2 haftalık	Aylık*	Yıllık*	2 haftalık	Aylık*	Yıllık*	2 haftalık	Aylık*	Yıllık*	2 haftalık	Aylık*	Yıllık*	
KYİH	168131,91 (273,39)	336263,81 (546,77)	4035165,73 (6561,25)	22641,10 (36,81)	45282,21 (73,63)	543386,51 (883,56)	29368,28 (47,75)	58736,56 (95,51)	704838,75 (1146,08)	52009,39 (84,57)	104018,78 (169,14)	1248225,26 (2029,63)	220141,3 (357,95)
KÜTFH	114268,09 (340,08)	228536,17 (680,17)	2742434,08 (8162,07)	23018,43 (68,51)	46036,86 (137,01)	552442,36 (1644,17)	18980,90 (56,49)	37961,79 (112,98)	455541,50 (1355,79)	41999,33 (124,99)	83998,66 (249,99)	1007983,92 (2999,95)	156267,42 (465,08)
Toplam	282399,99 (296,95)	564799,98 (593,90)	6777599,80 (7126,81)	45659,54 (48,01)	91319,07 (96,02)	1095828,90 (1152,29)	48349,35 (50,84)	96698,35 (101,68)	1160380,25 (1220,17)	94008,71 (98,85)	188017,43 (197,70)	2256209,11 (2372,46)	376408,72 (395,80)

(Not: Parantez içindeki değerler çalışan başına ortalama maliyetleri ifade etmektedir.)

(*) Tahmini değerleri ifade etmektedir (Aylık=2 haftalık x 2; Yıllık=Aylık x 12).

İşte var olamama ve işe devamsızlık eğiliminin KYİH'ne kıyasla KÜTFH'nde daha fazla görülürken çalışan başına maliyeti fazla, toplam maliyeti daha az olmuştur. Bunun nedeni ise KYİH çalışan sayısının (615) KÜTFH'ne (336) göre daha fazla olmasıdır. Tablo 26'da da görüldüğü gibi son iki haftadaki çalışan başına işte var olamamanın maliyeti (296,95TL) hem sağlık nedeniyle işe devamsızlık maliyetinden (48,01TL) ve hem de sağlık dışı nedenlerle işe devamsızlık maliyetinden (50,84TL) yaklaşık altı kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İşte var olamama maliyetinin toplam işe devamsızlıkların maliyetine oranı ise üç kat daha fazladır. Bunun yanında sağlık dışı nedenlerle yapılan devamsızlıkların maliyeti sağlık nedeniyle yapılan devamsızlıkların maliyetin fazladır. Dolayısıyla çalışanlar daha çok sağlık dışı nedenlerle devamsızlık yapmaktadır. Buna bağlı olarak işte var olamama maliyetinin daha yüksek çıkması, bu sonucun açıklayıcı olarak görülmektedir.

Hastane çalışanlarının cinsiyetine göre işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre işte var olamama eğiliminin daha fazla olduğu kadınlarda ($388,12 \pm 1082,50$) işte var olamama maliyeti erkeklere ($186,48 \pm 426,25$) göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 27).

Tablo 27. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşte Var Olamama Maliyeti

Cinsiyet	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Kadın	521	388,12	1082,50	3,637	<0,001	
Erkek	430	186,48	426,25			
Yaş						
18-25 arası ¹	76	243,74	536,78	1,997*	0,093	
26-33 arası ²	265	414,90	1385,66			
34-41 arası ³	383	275,90	566,00			
42-49 arası ⁴	175	226,42	420,41			
50 ve üzeri ⁵	52	165,96	429,02			
Toplam	951	296,95	856,47			

Tablo 27'nin devamı

Eğitim durumu	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Lise ve altı ¹	224	252,54	519,08			
2 yıllık üniversite ²	306	290,64	545,27			
4 yıllık üniversite ³	212	342,44	789,74			
Tıp fakültesi ⁴	61	261,35	625,16	0,896*	0,483	
Yüksek lisans ⁵	43	136,78	249,96			
Tıpta uzmanlık ⁶	105	404,45	1924,37			
Toplam	951	296,95	856,47			
Medeni durum						
Evli	719	309,22	944,64			
Evli değil	232	258,90	491,07	0,778	0,437	
Aylık gelir						
2500 ve altı ¹	385	223,07	464,77			
2501-2980 ²	361	307,24	678,11			
2981 ve üzeri ³	205	417,55	1474,03	3,509*	0,030	1-3 p=0,023
Toplam	951	296,95	856,47			
Çocuk sayısı						
Yok ¹	262	291,85	707,41			
1 ²	242	350,90	1324,42			
2 ³	320	287,08	487,78	0,599*	0,616	
3 ve üzeri ⁴	127	229,49	725,33			
Toplam	951	296,95	856,47			
Okul öncesi çocuk						
Yok	726	273,97	638,57			
Var	225	371,10	1335,64	1,487	0,137	

Hastane çalışanlarının yaşlarına, eğitim durumlarına ve medeni durumlarına göre işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastane çalışanlarının aylık gelirlerine göre işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise 2500 ve altı gelir grubu ($223,07\pm 464,77$) ile 2981 ve üzeri gelir grubu ($417,55\pm 1474,03$) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarının çocuk sayılarına ve okul öncesi

çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27). Buna göre 9a ve 9e hipotezleri kabul edilirken diğer hipotezler (9b, 9c, 9d, 9f ve 9g) reddedilmiştir.

Tablo 28. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşte Var Olamama Maliyeti

Meslek	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Hekim ¹	185	323,65	1494,31			
Hemşire-Ebe ²	350	395,18	781,38			
Diğer sağlık personeli ³	270	225,30	429,34	3,494*	0,015	2-4 p=0,027
İdari personel ⁴	146	160,12	329,01			
Toplam	951	296,95	856,47			
Meslekteki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	207	287,81	661,90			
6-10 yıl ²	177	422,19	1552,14			
11-15 yıl ³	168	317,52	665,78	1,511*	0,197	
16-20 yıl ⁴	212	255,44	593,95			
21 yıl ve üzeri ⁵	187	217,08	399,68			
Toplam	951	296,95	856,47			
Kurumdaki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	504	343,16	1069,40			
6-10 yıl ²	199	228,35	443,69	1,629*	0,197	
11 yıl ve üzeri ³	248	258,08	570,02			
Toplam	951	296,95	856,47			
Kurum değiştirme sayısı						
Hiç ¹	203	252,38	528,75			
1 kez ²	118	249,26	393,51			
2 kez ³	312	367,02	1268,65	1,039*	0,386	
3 kez ⁴	203	239,46	470,63			
4 ve daha çok ⁵	115	335,92	805,28			
Toplam	951	296,95	856,47			

Tablo 28'in devamı

Toplam çalışma saati	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
176 ve altı	382	336,26	1065,36	1,160	0,246	
177 ve üzeri	569	270,55	681,03			
Çalışma şekli						
Gündüz ¹	445	259,19	632,73	1,944*	0,144	
Nöbet-Vardiya ²	121	228,18	370,64			
Gündüz +Nöbet ³	385	362,20	1140,83			
Toplam	951	296,95	856,47			
Hastane						
KYİH	615	273,38	929,66	-1,148	0,251	
KÜTFH	336	340,08	702,30			

Hastane çalışanlarının mesleklerine göre işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise hemşire-ebe meslek grubu ($395,18\pm 781,38$) ile idari personel meslek grubu ($160,12\pm 329,01$) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarının mesleklerindeki hizmet yılına, kurumdaki hizmet yılına, kurum değiştirme sıklıklarına, aylık çalışma saatlerine, çalışma şekillerine ve çalıştıkları hastaneye göre işte var olamama maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 28). Bulgulara göre 10a hipotezi kabul edilirken diğer hipotezler (10b, 10c, 10d, 10e, 10f ve 10g) reddedilmiştir.

Tablo 29. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşte Var Olamama Maliyeti

Genel sağlık	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Mükemmel ¹	45	211,35	683,05	4,295*	0,002	1-5 p=0,041 2-5 p=0,001 3-5 p=0,016
Çok iyi ²	168	145,58	389,02			
İyi ³	430	292,95	1070,40			
Fena değil ⁴	267	347,06	568,68			
Kötü ⁵	41	726,73	1235,65			
Toplam	951	296,95	856,47			

Tablo 29'un devamı

BKİ	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Zayıf ¹	21	333,78	659,84			
Normal ²	454	306,57	737,69			
Fazla kilolu ³	352	266,45	1015,70	0,295*	0,829	
Obez ⁴	124	342,03	800,76			
Toplam	951	296,95	856,47			

Çalışanların sağlık durumları ile işte var olamama maliyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlık durumunun kötü olduğunu ifade eden hastane çalışanları ($726,73 \pm 1235,65$) “mükemmel ($211,35 \pm 683,05$), çok iyi ($145,58 \pm 389,02$) ve iyi ($292,95 \pm 1070,40$)” olarak ifade edenlere göre işte var olamama maliyetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Buna karşılık çalışanların BKİ değerleri ile işte var olamama maliyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 29). Bu bulgulara göre Hipotez 11 kabul edilirken Hipotez 12 reddedilmiştir.

6.1.2.4. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine, Çalışma Koşullarına ve Sağlık Durumlarına Göre İşe Devamsızlık Maliyeti

Aşağıda işe devamsızlık maliyetleri ile sosyo-demografik özelliklerini, çalışma koşullarını ve sağlık durumlarını etkileyen faktörlerle ilgili analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 30. Hastane Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İşe Devamsızlık Maliyeti

Cinsiyet	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Kadın	521	57,51	183,66			
Erkek	430	36,51	144,25	2,077	0,038	
Yaş						
18-25 arası ¹	76	97,91	224,99			
26-33 arası ²	265	56,17	198,91			1-3 p=0,042
34-41 arası ³	383	43,57	129,21			1-4 p=0,017
42-49 arası ⁴	175	31,93	103,60	3,125*	0,014	1-5 p=0,043
50 ve üzeri ⁵	52	20,37	58,07			
Toplam	951	48,01	155,45			

Tablo 30'un devamı

Eğitim durumu	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Lise ve altı ¹	224	53,45	138,97			
2 yıllık üniversite ²	306	44,08	149,70			
4 yıllık üniversite ³	212	57,61	196,06			
Tıp fakültesi ⁴	61	32,15	103,18	0,657*	0,656	
Yüksek lisans ⁵	43	20,22	61,67			
Tıpta uzmanlık ⁶	105	49,08	164,88			
Toplam	951	48,01	155,45			
Medeni durum						
Evli	719	41,78	139,72			
Evli değil	232	67,31	195,47	-2,179	0,030	
Aylık gelir						
2500 ve altı ¹	385	32,24	90,17			
2501-2980 ²	361	38,09	109,85			
2981 ve üzeri ³	205	95,09	270,32	12,409*	<0,001	1-3 p<0,001 2-3 p<0,001
Toplam	951	48,01	155,45			
Çocuk sayısı						
Yok ¹	262	67,47	194,94			
1 ²	242	49,14	172,99			
2 ³	320	40,88	122,21	2,647*	0,048	1-4 p=0,045
3 ve üzeri ⁴	127	23,68	83,20			
Toplam	951	48,01	155,45			
Okul öncesi çocuk						
Yok	726	36,09	182,77			
Var	225	51,70	145,90	-1,316	0,188	

Hastane çalışanlarının cinsiyetlerine göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre kadınların işe devamsızlık maliyetinin ($57,51\pm 183,66$) erkeklere ($36,51\pm 144,25$) göre daha fazla olduğu görülmüştür. Hastane çalışanlarının yaşlarına göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise 18-25 arası yaş grubu

(97,91±224,99) ile 34-41 arası yaş (43,57±129,21), 42-49 arası yaş (31,93±103,60) ve 50 yaş ve üzeri yaş grupları (20,37±58,07) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarının eğitim durumlarına göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışanların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,05$) evli olmayan çalışanlar (67,31±195,47) evli olanlara (41,78±139,72) göre daha fazla işe devamsızlık maliyetine sebep olmaktadır. Hastane çalışanlarının aylık gelirlerine göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise 2981 ve üzeri gelir grubu (95,09±270,32) ile 2501-2980 gelir grubu (38,09±109,85) ve 2500 ve altı gelir grubu (32,24±90,17) ile arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarının çocuk sayıları ile işe devamsızlık ve maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise çocuğu olmayan çalışanlar (67,47±194,94) 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlara (23,68±83,20) göre daha fazla işe devamsızlık maliyetine yol açmaktadır. Çalışanların okul öncesi çocuk sahibi olup olmamalarına göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 30). Bulgulara göre 13a, 13b, 13d, 13e ve 13f hipotezleri kabul edilmiş 13c ve 13g hipotezleri reddedilmiştir.

Hastane çalışanlarının mesleklerine göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın ise hemşire-ebe grubu (76,57±196,86) ile hekim grubu (40,35±138,26), diğer sağlık personeli (28,07±128,18) ve idari personel grubu (26,13±83,97) arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İşe devamsızlığın en fazla görüldüğü hemşire ve ebeler diğer meslek grupları içinde en fazla işe devamsızlık maliyetlerine sahiptirler. Hastane çalışanlarının mesleklerindeki hizmet yılına, kurumdaki hizmet yılına ve kurum değiştirme sıklıklarına göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Hastane Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Göre İşe Devamsızlık Maliyeti

Meslek	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Hekim ¹	185	40,35	138,26			
Hemşire-Ebe ²	350	76,57	196,86			
Diğer sağlık personeli ³	270	28,07	128,18	6,650*	<0,001	1-2 p=0,048 2-3 p=0,001 2-4 p=0,005
İdari personel ⁴	146	26,13	83,97			
Toplam	951	48,01	155,45			
Meslekteki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	207	70,32	207,42			
6-10 yıl ²	177	42,16	115,28			
11-15 yıl ³	168	59,55	203,17	2,212*	0,066	
16-20 yıl ⁴	212	37,48	118,65			
21 yıl ve üzeri ⁵	187	30,43	95,02			
Toplam	951	48,01	155,45			
Kurumdaki hizmet yılı						
1-5 yıl ¹	504	54,92	166,32			
6-10 yıl ²	199	46,21	173,26	1,324*	0,267	
11 yıl ve üzeri ³	248	35,43	110,85			
Toplam	951	48,01	155,45			
Kurum değiştirme sayısı						
Hiç ¹	203	66,27	197,66			
1 kez ²	118	55,84	171,53			
2 kez ³	312	40,77	149,39	1,184*	0,316	
3 kez ⁴	203	43,64	130,21			
4 ve daha çok ⁵	115	35,09	100,14			
Toplam	951	48,01	155,45			
Toplam çalışma saati						
176 ve altı	382	70,01	209,82	3,598	<0,001	
177 ve üzeri	569	33,24	101,70			

Tablo 31'in devamı

Çalışma şekli	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Gündüz ¹	445	45,12	156,31			
Nöbet-Vardiya ²	121	27,72	86,18	1,863*	0,156	
Gündüz +Nöbet ³	385	57,73	170,24			
Toplam	951	48,01	155,45			
Hastane						
KYİH	615	36,81	105,55	-3,018	0,003	
KÜTFH	336	68,51	217,85			

Hastane çalışanlarının aylık çalışma saatlerine göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre 176 saat ve altı çalışanların işe devamsızlık maliyetinin ($70,01\pm 209,82$) 177 saat ve üzeri çalışanlara ($33,24\pm 101,70$) göre daha fazla olduğu görülmüştür. Hastane çalışanlarının çalışma şekillerine göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastane çalışanlarının çalıştıkları hastaneye göre işe devamsızlık maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre KÜTFH'nde çalışanların işe devamsızlık maliyetinin ($68,51\pm 217,85$) KYİH'nde çalışanlara ($36,81\pm 105,55$) göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 31). Bulgulara göre 14a, 14e ve 14g kabul edilmiş olup diğer hipotezler (14b, 14c, 14d ve 14f) reddedilmiştir.

Tablo 32. Hastane Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Göre İşe Devamsızlık Maliyeti

Genel sağlık	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Mükemmel ¹	45	45,56	178,82			
Çok iyi ²	168	33,04	165,88			
İyi ³	430	48,87	161,53	0,625*	0,645	
Fena değil ⁴	267	53,65	133,12			
Kötü ⁵	41	66,34	157,18			
Toplam	951	48,01	155,45			

Tablo 32'nin devamı

BKİ	n	Ort.	SS	t/F*	p	Post Hoc.
Zayıf ¹	21	16,28	48,06			
Normal ²	454	60,77	188,48			
Fazla kilolu ³	352	41,04	125,66	2,352*	0,071	
Obez ⁴	124	26,46	94,87			
Toplam	951	48,01	155,45			

İşe devamsızlığın mali yükü ile çalışanların genel sağlık durumu ve BKİ değerleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 32). Buna göre Hipotez 15 ve Hipotez 16 reddedilmiştir.

Tablo 33'te yer alan analiz sonucuna göre; işte var olamama ve işe devamsızlık arasında pozitif yönde, anlamlı ancak zayıf bir ilişki olduğu ($r=0,247$; $p<0,001$), aynı şekilde işte var olamama ve işe devamsızlığın maliyetleri (iki haftalık maliyetler) arasında da pozitif yönde, anlamlı ancak zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0,311$; $p<0,001$). Buna göre Hipotez 17 ve Hipotez 18 kabul edilmiştir.

Tablo 33. İşte Var Olamama ve Maliyeti ile İşe Devamsızlık ve Maliyeti Arasındaki İlişki (n=951)

	İşte Var Olamama Mali Yük (2 hafta)	İşe Devamsızlık Mali Yük (2 hafta)	İşte Var Olamama Kayıp Zaman	İşe Devamsızlık Kayıp Zaman
İşte Var Olamama Mali Yük (2 hafta)	1,000			
İşe Devamsızlık Mali Yük (2 hafta)	0,311* ($p<0,001$)	1,000		
İşte Var Olamama Kayıp Zaman	0,901* ($p<0,001$)	0,262* ($p<0,001$)	1,000	
İşe Devamsızlık Kayıp Zaman	0,242* ($p<0,001$)	0,948* ($p<0,001$)	0,247* ($p<0,001$)	1,000

* $p<0,01$

TARTIŞMA

Bu bölümde, analizler sonucunda elde edilen bulguların (Tablo 34), araştırma literatürü kapsamında ulusal ve uluslararası yapılmış olan diğer benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre tartışması yapılacaktır.

Tablo 34. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Özet Tablo

Değişkenler	İşte var olamama	İşte var olamama maliyeti	İşe devamsızlık	İşe devamsızlık maliyeti
Cinsiyet	Anlamlı	Anlamlı	Anlamlı	Anlamlı
Yaş	Anlamlı	Anlamsız	Anlamlı	Anlamlı
Eğitim durumu	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Medeni durum	Anlamsız	Anlamsız	Anlamlı	Anlamlı
Aylık gelir	Anlamsız	Anlamlı	Anlamlı	Anlamlı
Çocuk sayısı	Anlamsız	Anlamsız	Anlamlı	Anlamlı
Okul öncesi çocuk	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Meslek	Anlamlı	Anlamlı	Anlamlı	Anlamlı
Meslekte hizmet yılı	Anlamsız	Anlamsız	Anlamlı	Anlamsız
Kurumda hizmet yılı	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Kurum değiştirme sayısı	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Toplam çalışma saati	Anlamsız	Anlamsız	Anlamlı	Anlamlı
Çalışma şekli	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız	Anlamsız
Hastane	Anlamlı	Anlamsız	Anlamlı	Anlamlı
Sağlık durumu	Anlamlı	Anlamlı	Anlamsız	Anlamsız
BKİ	Anlamsız	Anlamsız	Anlamlı	Anlamsız

Öncelikle iki farklı hastanede çalışan hastane çalışanlarının işte var olamama eğilimlerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Buna göre kadınlar erkeklere göre daha fazla işte var olmadıkları, daha fazla devamsızlık yaptıkları ve bunlara bağlı olarak hem işe devamsızlık hem de işte var olamama maliyetlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Özellikle hastanelerde hemşire-ebe meslek grubunun çoğunlukta olması sebebiyle diğer çalışmalarla da paralel olarak kadınların erkeklere göre daha fazla kendilerini işe veremedikleri ve fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarından daha fazla etkilendikleri görülmüştür (Campo ve Darragh, 2012; Callen ve diğerleri, 2013: 1315; Aronsson ve diğerleri, 2000). Buna karşılık Norveç ve İsveç'te 20 ile 60 yaşları arasındaki 2850 çalışan üzerinde yapılan çalışmada (Johansen,

2012, s. 88) ve Portekiz’de bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelere yapılan bir çalışmada cinsiyet ile işte var olamama arasında bir ilişki bulunamazken (Martinez ve Ferreira, 2012: 297), 2008 yılında Finlandiya’da sendika üyeleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada erkeklerin daha fazla kendilerini işe veremedikleri saptanmıştır (Böckerman ve Laukkanen, 2009). Fransa’da bölgesel bir bankanın veritabanında bulunan çalışanlar üzerinde yapılan çalışmada ise hem işte var olamama hem de işe devamsızlık cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Buna göre, diğer faktörler eşit olmak koşuluyla kadınlar daha az işte var olamama durumunu yaşarlarken daha fazla ve uzun devamsızlık yapmaktadırlar. Bunun sebebi ise kadınlara yüklenen sosyal roller ile açıklanmaktadır. Örneğin erkeklere göre çocuklarına her gün daha fazla zaman ayırmaları gerekmektedir. Bu cinsiyet farklılığı, çalışanların çocuk sahibi olup olmamalarına göre değişebilmektedir. Buna göre daha az işte var olamama olasılığı ve daha uzun işe devamsızlık için kadın olmak başlı başına bir sebep olarak görülmektedir. Mevcut literatür ile paralel olarak bir diğer açıklama ise kadınların sağlığı olabilmektedir. Kariyer hayatlarında çok fazla çalışmaktan ya da sağlık durumlarının kötü olduğu zamanlarda yaşanan koşullardan dolayı kadınların daha fazla devamsızlık yapması mümkündür. Hem işte var olamama hem de işe devamsızlıklar çocuk sahibi olup olmamaya da bağlıdır. Çalışmanın sonuçlarına göre bir çocuk sahibi olmak, işte var olamama olasılığını hem erkeklerde hem de kadınlarda azaltmakta iken devamsızlıkların süresini sadece kadınlarda azaltmaktadır. Ancak bu eğilim artık çalışan iki ya da daha fazla çocuk sahibi olduğunda geçerli olmamaktadır. Bu çalışanlar çocuksuz çalışanlara göre daha az devamsızlık yapmaktadırlar. Muhtemel bir açıklama olarak ise, tek çocuklu ebeveynler kişisel düzensizliklerinden daha fazla zarar gördükleri şeklindedir. Örneğin çocuk eğitiminde deneyimsiz olabilirler. Bunun bir sonucu olarak çocuklarının ihtiyaç duyduğu zamanda birkaç gün işe ara vermek mümkün olduğu için daha kolay bir şekilde bunalmış olabilirler (Bierla ve diğerleri, 2013: 1544-1548).

Nispeten daha genç yaş grubunda (26-33 yaş) olan çalışanların orta yaştaakilere (42-49 yaş) göre daha fazla işte var olamadıkları, 18-25 yaş aralığındaki çalışanların 34-41 yaş, 42-49 yaş ve 50 ve üzeri yaş grubundakilere göre hem daha fazla işe devamsızlıkları ve hem de işe devamsızlık maliyetleri daha fazladır. Yaş faktörünün, işte var olamama maliyeti üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Yaş arttıkça, devamsızlık süresi de

artmaktadır. Ancak aynı zamanda işte var olamama olasılığı da artmaktadır. 25 yaşındaki bir çalışana kıyasla 55 yaşındaki bir çalışan yaklaşık olarak 3 günden daha fazla devamsızlık yapar ve işte var olamama olasılığı daha fazla olur. Daha yaşlı çalışanların hastayken işe gitme eğilimlerinin daha fazla olmasının birkaç nedeni vardır. Birincisi mevcut işini kaybetme korkusu olan ya da yeni bir iş bulma konusunda kendine güvenmeyen yaşlı çalışanlar devamsızlık yapmaktan kaçınmaktadırlar. Yaptıkları devamsızlıklar da diğer çalışanlara nazaran daha uzun süreli olmaktadır. Konu ile ilgili bir diğer açıklama ise devamsızlıklar hakkında yaşlı çalışanların ahlaki tutumları ile ilgilidir. İşteki değerler hakkındaki kuşak çatışmaları ile ilgili yapılan pek çok çalışmada, yaşlı çalışanlar mümkünse devamsızlıktan kaçınırlarken daha genç çalışanların rapor almaktan çekinmedikleri saptanmıştır (Bierla ve diğerleri, 2013: 1544-1548). Bir diğer çalışmada ise orta yaş grubundaki sağlık çalışanları arasında yaygın olduğu görülmüş ve hastayken daha sık işte bulunmaktadırlar (Aronsson ve diğerleri, 2000). 25-45 yaş aralığındaki çalışanların genç ve ileri yaştaki çalışanlara göre daha az devamsızlık yaptıkları bulunmuş ve ileri yaştakilerin hastalıklarının artmasıyla devamsızlıkların uzun süreli fakat nadiren, genç yaştakilerin ise kısa süreli ve sık sık olduğu ortaya çıkmaktadır (Örücü ve Kaplan, 2001: 97-98). Avrupa’da ise yaşlı çalışanların gençlerden daha fazla devamsızlık yaptığı ifade edilmiştir (Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2010: 1). Bazı çalışmalarda yaşlı işgücünün genç çalışanlara göre daha sık hastalık kaynaklı işte var olamama sorunu yaşadıkları tespit edilmiş (Hansen ve Andersen, 2009), ancak diğer çalışmalar ise böyle bir ilişki bulamamıştır (Böckerman ve Laukkanen, 2009). Norveç ve İsveç’te yapılan çalışmada yaş ile işte var olamama arasında ilişki bulunamamıştır (Johansen, 2012: 88).

Hastane çalışanlarının eğitim düzeyi ile işte var olamama ve maliyeti ile işe devamsızlık ve maliyeti arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sağlık sektörünün de içinde yer aldığı dört farklı sektörde yapılan araştırmada çalışanların eğitim seviyesi arttıkça işte var olamama oranı da artmıştır (Bass, 2010). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan çalışanlar eğitim düzeyi yüksek olan çalışanlardan daha fazla hastalık kaynaklı olarak kendilerini işe veremezlerken (Böckerman ve Laukkanen, 2009; Aronsson ve Gustafsson, 2005) bazı çalışmalarda ise daha az işte var olamama sorununu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Aronsson ve diğerleri, 2000; Elstad ve Vabø, 2008).

Evli olmayan çalışanlar evli çalışanlara göre daha fazla işe devamsızlık yapmakta ve devamsızlık maliyetleri daha fazla olmaktadır, ancak işte var olamama ve maliyeti arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Aylık geliri yüksek olan çalışanların (2981TL ve üzeri) diğer gelir düzeyindeki çalışanlara göre (2980TL ve altı) daha fazla devamsızlık yaptıkları, işe devamsızlık ve işte var olamama maliyetlerinin de daha fazla olduğu bulunmuştur. İşte var olamama durumlarını ise etkilememektedir. Gelir ve eğitim sosyo-ekonomik konumun belirlenmesi açısından önemli göstergeler olduğu için kişisel gelirin hastalık kaynaklı işte var olamama üzerinde etkisi olduğu varsayımını kabul etmek mantıklı olacaktır. Yüksek gelirli olanlar düşük gelirli olanlardan daha az hastalık kaynaklı işte var olamama yaşadıklarını belirtmişlerdir (Hansen ve Andersen, 2009). Yapılan çalışmalarda ise genellikle, mali sıkıntıları olan çalışanların daha sık devamsızlık yaptıkları, işlerine odaklanamadıkları ve daha uzun molalar verdikleri bilinmektedir (Garman ve diğerleri, 1996; Aronsson ve Gustafsson, 2005). Norveç ve İsveç'te düşük ve orta gelirli çalışanlar yüksek gelirli çalışanlara kıyasla daha fazla işte var olamadıklarını ifade etmişlerdir (Johansen, 2012: 88). Bunun nedeni ise işe gitmemenin mali kaybının çalışanların ücretleri üzerinde büyük bir etkisi vardır ve buna göre işte var olamama eğilimlerinin daha yüksek olması beklenebilmektedir (Aronsson ve diğerleri, 2000: 503). Ancak bu çalışmada geliri yüksek olan çalışanların mali sıkıntı ya da iş kaybetme korkusu yaşamamaları sebebiyle devamsızlık yapmaktan da kaçınmadıkları şeklinde açıklanabilir.

Çocuk bakımına ilişkin nedenler arasında yer alan çocuk sayısı ve okul öncesi çocuk olup olmaması kişisel sorunlar arasındadır. Çocuğu olmayan çalışanlar iki çocuk sahibi çalışanlara göre daha fazla devamsızlık yapmakta ve devamsızlık maliyetleri de daha fazla olmaktadır, ancak işte var olamama ve maliyeti arasında ilişki bulunamamıştır. Bunun yanında okul öncesi çocuk sahibi olan ve olmayan çalışanlar arasında değişkenlere göre bir fark bulunamamıştır. Çocuk bakımı konusunda en fazla ihtiyacı okul öncesi dönemdeki çocuklar oluştururken bu çalışmada bir etkisi olmadığı görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı yerin küçük bir il olması sebebiyle çocuk bakımına ilişkin sorunların daha kolay ve daha az masraflı olması ihtimali ile çalışanların çalışma performanslarına bir etkisi olmadığı düşünülmektedir. Çocuk sayısı, okul öncesi

dönemde olan çocuklar ya da bakıma muhtaç aile büyüklerinin varlığı ev yaşamını daha yorucu hale getiren faktörler olduğu için işte var olamama olasılığını artırmaktadır (Hansen ve Andersen, 2008: 958). Çocuk sayısı az olan çalışanların çocuk sayısı fazla olanlara göre daha az devamsızlık yapması aile yapısının, işe devamsızlığı etkileyen nedenler arasında olduğunu göstermektedir (Örücü ve Kaplan, 2001: 98). Aronsson ve arkadaşlarının (2000) hemşire ve ebeler üzerinde yapmış olduğu çalışmada çocuğu olan çalışanlar, olmayanlara göre daha fazla işte var olmadıklarını belirtmişlerdir.

Hastane çalışanları arasında en fazla işte var olamama ve işe devamsızlık sorununu yaşayan meslek grubu yapılan çalışmalarla da tutarlı olarak hemşire-ebe meslek grubunda görülmüştür. Buna bağlı olarak da bu sorunların maliyetleri en fazla hemşire-ebe meslek grubunda olduğu tespit edilmiştir. Norveç ve İsveç'te fiziksel idari sorumlulukları olan ve güç gerektiren işlerde çalışan kişiler hastalık kaynaklı işte var olamama sorununu daha sık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Masa başı meslekleri (terapistler, bilgisayar uzmanları, sekreterler, muhasebeciler, büro memurları gibi) arasında hastalık kaynaklı işte var olamama riski daha düşükken ağır fiziksel işlerde çalışanlar (hemşire ve ebeler, günlük bakım personeli, huzurevi yardımcıları, ilkökul öğretmenleri gibi) arasında çok yüksek bulunmuştur (Johansen, 2012: 88). Buna rağmen daha deneyimli ve yüksek ücret alan hemşirelerin işte var olamama sorunundan daha az etkilendiği tespit edilmiştir (Martinez ve Ferreira, 2012: 297). Norveç'te hemşire yardımcılarının en yüksek hastalık nedeniyle işe gelememe oranlarına sahip oldukları ve kişinin işe gitmeme kararının sadece hastalığın şiddeti ile ilgili olmayıp aynı zamanda çeşitli sosyal, psikolojik ve fiziksel faktörler nedeniyle de olabildiği sonucuna varılmıştır. Çalışma koşulları hastalığı etkileyebilir ve hastalık durumu da işe gitmeme kararını etkileyebilmektedir. Hemşire yardımcıları, mekanik etkiler ve sık sosyal karşılaşmaları içeren işte fiziksel ve psikolojik talepleri ile baş etmek zorundadır. Çalışma faktörleri (birim türü, hasta/hemşire oranı, iş stresi ve işte sosyal destek) hastalık nedeniyle işe gelememe ile ilişkilidir (Eriksen ve diğerleri, 2003). Yüksek işte var olamama oranına sahip olan mesleki gruplar aynı zamanda yüksek işe devamsızlık oranına da sahiptir. Sağlık sektöründe yüksek işte var olamama oranına sahip mesleki gruplar -hekim grubu hariç- orta gelir düzeyine yakın ya da altındadır. Hekimler, sadece yüksek ücret ve yüksek işte var olamama kombinasyonunu gösteren araştırmaları kapsayan meslek grubunu oluşturmaktadır. Gelir ölçeğinde hekimleri takiben beş/altı

meslek grubu işte var olamama açısından ortalamanın altındadır. Ancak, gelir açısından ortalamanın altındaki tüm meslek grupları sağlık ve eğitim sektörlerindeki gibi aynı yüksek işte var olamama oranlarına sahip olduklarını göstermez. Bu çalışmadaki analizler hastalık nedeniyle işe gelememe ve hastalık kaynaklı işte var olamama arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir. Hastalık kaynaklı işte var olamamanın detaylı analizleri daha karmaşık model analizleri ve boylamasına geliştirme çalışmaları gerektirir. Bu kesitsel çalışmada, işte var olamama ve işe devamsızlık arasında göreceli olarak güçlü bir ilişki bulunmuştur (Aronsson ve diğerleri, 2000). Yeni Zelanda'da üçüncü basamak bir hastanede çalışan hekimlerin hastalık kaynaklı işte var olamama oranlarını tahmin etmek amacıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin %82'si diğer çalışma arkadaşlarına ekstra iş yükü olmaması ve hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamak istedikleri için işte var olamama sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tan ve diğerleri, 2014). Yüksek sorumluluğu olan çalışanların işte var olamama olasılığı daha azdır ancak hastayken izin süreleri daha kısa olmamaktadır. Hiyerarşik seviye arttığında işe devamsızlık azalmaktadır. İşte var olamama psikolojik sözleşmenin bir parçasıdır (Bierla ve diğerleri, 2013: 1544-1548).

Çalışanların mesleklerindeki hizmet yılına göre incelendiğinde, mesleğinde 1-5 yıl hizmet verenler 21 yıl ve üzeri hizmet verenlere göre daha fazla devamsızlık yaparken diğer değişkenlere göre anlamlı fark bulunamamıştır. Buradan anlaşılacağı gibi meslekte yeni olanlar dolayısıyla daha genç olan çalışanlardır. Bu da yaş ile ilgili olan bulgularla paralellik göstermektedir. Mesleğinde uzun süre çalışanlar daha deneyimli, bilgili, güvenilir ve sadık olurken diğer bir taraftan ise bir kaza ya da hastalığı atlatıp iyileşmesi daha genç çalışanlara göre daha uzun sürmekte, dolayısıyla işe dönmesi de zaman almaktadır. Kurumdaki hizmet yılına ve kurum değiştirme sayısı göre ise değişkenler arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Kurumda yeni olan ya da çok sık kurum değiştiren bir çalışanın kuruma bağlılığının daha düşük olması muhtemeldir. Bu nedenle işine odaklanamaması ve daha fazla devamsızlık yapması beklenebilir. Daha kıdemli çalışanların, uzun zamandır çalışmanın verdiği güvenle diğer çalışanlara göre daha fazla devamsızlık yaptıkları da görülmektedir (Örücü ve Kaplan, 2001: 97-98).

Çalışanların iş ve aile yaşamını etkileyen bir diğer faktör ise aylık çalışma saatleridir. Aylık çalışma saati 176 saat ve altında olan çalışanlar, 177 saat ve üzerindeki çalışanlara göre daha fazla işe devamsızlık yapmakta ve buna bağlı olarak işe devamsızlık maliyetleri daha fazla olmuştur. Bunun yanında gündüz+nöbet usulü çalışanlar sadece gündüz ve sadece nöbet/vardiya usulü çalışanlar arasında değişkenlere göre fark bulunamamıştır. Çoğunluğunu sağlık çalışanlarının oluşturduğu katılımcıların uzun ve düzensiz çalışma saatlerine daha alışkın olmaları nedeniyle çalışma saatlerinin uzun ve düzensiz olmasından etkilenmedikleri düşünülmektedir. Düzenli fazla mesai yapanlarda hastalık kaynaklı işte var olamama, işe devamsızlığın aksine pozitif etkilenmiştir. Düzenli fazla mesai, hastalık nedeniyle işe devamsızlığı azaltırken ancak hastalık kaynaklı işte var olamamayı artırmaktadır. Buna ek olarak, yerine başka bir çalışanın işi yapabilme olasılığının olması işte var olamama yaygınlığını %11 oranında azaltmaktadır. Haftada 48 saatten fazla çalışanlar daha az çalışanlardan %23 oranında daha fazla yüksek hastalık kaynaklı işte var olamama sorunuyla karşılaşmaktadır (Böckerman ve Laukkanen, 2009).

Bireylerin çalıştıkları hastanelere göre de işte var olamama ve işe devamsızlık davranışları farklılık göstermektedir. Bir üniversite hastanesi olan KÜTFH çalışanlarının, bir kamu hastanesi olan KYİH çalışanlarına göre daha fazla işte var olmadıkları, daha fazla devamsızlık yaptıkları ve daha fazla devamsızlık maliyetine sahip oldukları tespit edilmiştir. KYİH'ne göre KÜTFH çalışanlarının daha fazla işyükünün olması, daha uzun çalışma saatlerinin olması, izin ve rapor sayıları ile ilgili daha kısıtlayıcı baskıların olması nedeniyle bireyler daha çok devamsızlık yapma eğilimi göstermekte ve daha fazla kendilerini işe vermekte zorluk yaşamaktadırlar.

İşte var olamama durumuna sebep olan en önemli etken bireylerin mevcut sağlık durumlarıdır. Bulgulara bakıldığında sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren çalışanlar diğerlerine göre daha fazla işte var olamamakta ve maliyetleri de daha fazla olmaktadır. Ancak bu çalışmada hastane çalışanlarının işe devamsızlık durumları ile devamsızlık maliyetinin sağlık durumlarına göre değişmediği görülmüştür. Buna karşılık Portekiz'de bir kamu hastanesindeki hemşirelerin algılanan sağlık statüsü ile işte var olamama arasında ilişki bulunmuştur (Martinez ve Ferreira, 2012: 297). Çalışanların sağlık durumu kötüleştikçe daha fazla devamsızlık yapmakta ya da daha

fazla kendilerini işe verememektedirler. Algılanan sağlık statüsü, işte var olamama ile negatif ilişkilidir. Bu sonuçlar doğrultusunda, 1999 ve 2003 yılları arasında yürütülen bir çalışmada İsveç'te kamu ve özel sektör çalışanları arasında hastalık nedeniyle işe gelememenin yanı sıra hastalık kaynaklı işte var olamamanın genel sağlık statüsünün bağımsız yordayıcısı olduğunu doğrular niteliktedir (Bergström ve diğerleri, 2009). Ancak, Hollanda'da 2007 yılında yapılan Çalışma Koşulları Araştırması'nda 15-64 yaş aralığındaki 22759 çalışandan psikolojik şikâyetler dışında uzun süreli sağlık sorunu olan çalışanların, işlerini yapmalarına engel olmayan sorunları olduğunda işe gitme eğiliminde olmaktadır (Heuvel ve diğerleri, 2010).

Obezite ve işte var olamama arasındaki ilişkinin ilgili literatürde sıklıkla incelenen bir araştırma alanı olduğu görülmektedir. Hastane çalışanlarının çoğu zaman daha hareketli ve hızlı olması gerektiği düşünüldüğünde bireylerin fazla kilolu olmaları bu durumu engelleyici bir faktör olarak ortaya çıkabilmektedir. Ancak bu çalışma bireylerin BKİ değerleri ile değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Sadece normal kilolu çalışanların obez çalışanlara göre daha fazla işe devamsızlık yaptığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada katılımcıların %80'i fazla kilolu ya da obezdir ve %34'ünün de kardiyovasküler hastalık riski bulunmaktadır. Katılımcıların çoğunluğunun aşırı kilolu ya da obez olması nedeniyle ağırlık ve işte var olamama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Callen ve diğerleri, 2013: 1315). Janssens ve arkadaşlarının (2012: 604) 2963 Belçikalı çalışan üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışan erkeklerde beden kitle indeksi ile işte var olamama (hastalığa rağmen en az 2 durum) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş ve çalışan kadınlarda yüksek hastalık nedeniyle işe gelememenin (en az 10 gün rapor) anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları fazla kilolu ve obez çalışanlarda işe devamsızlık ve işte var olamamaya ilişkin cinsiyet farklılığını göstermektedir.

İşte var olamama eğilimi arttıkça devamsızlıklar artmakta ve dolayısıyla işte var olamama maliyeti artıkça işe devamsızlığın maliyeti de artmaktadır. Diğer çalışmalarda da hastalık kaynaklı işte var olamama ve hastalık nedeniyle işe gelememe arasındaki güçlü ve pozitif bir ilişki bulunmuştur (Aronsson ve diğerleri, 2000; Johns, 2010; Böckerman ve Laukkanen, 2009). İşe devamsızlığın maliyeti işte var olamamayı artırmaktadır ancak rapor alma sayısını azaltmamaktadır (Bierla ve diğerleri, 2013:

1544-1548). Sağlık hizmeti sunucularını etkileyen işte var olamama, işe devamsızlık ve iş ilgili faktörlerin göreceli değerini ve kapsamını inceleyen bir çalışmada işte var olamamanın, işe devamsızlıktan daha yaygın olduğu ancak daha düşük mali yükü olduğu saptanmıştır. İş doyumu işe devamsızlığın değil ama işte var olamamanın büyüklüğü ve olasılığını açıklamaktadır. Dört haftalık çalışma boyunca akut hastalıkların olması hem işte var olamama hem de işe devamsızlık olasılığını öngörmüştür. İşte var olamamanın işe devamsızlık kadar anlamlı olmamasına rağmen sağlık çalışanları arasında yaygın olduğu görülmüştür (Rantanen ve Tuominen, 2011: 225).

Çalışanların verimliliğinin düşmesine neden olan ilk dört sağlık sorunu kronik yorgunluk ya da düşük enerji (2,82 saat), uyku problemi (2,50 saat) kronik bel/boyun ağrısı (2,40 saat) ve eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemleri (2,38 saat) olarak karşımıza çıkarken çalışanların en az kalp hastalıkları (0,03), yaralanma ve kaza (0,04 saat) ve kanser (0,09 saat) nedeniyle verimlilik kaybı yaşadıkları tespit edilmiştir. Tüm sağlık koşullarından dolayı toplam verimlilik kaybı incelendiğinde son iki hafta içerisinde, toplam 17669 saat (736,21 gün) ve ortalama olarak ise 841,38 saat (35,05 gün) kaybedilirken çalışan başına toplam 19,94 saat verimlilik kaybı olduğu saptanmıştır. Hastanelere göre ise KÜTFH çalışanlarının (23,06 saat), KYİH çalışanlarına (16,81 saat) göre sağlık sorunları nedeniyle daha fazla verimlilik kaybı yaşadıkları görülmüştür. Pek çok sektörde yapılan bir araştırmada en yüksek işte var olamama oranları sağlık ve eğitim sektörlerinde (hemşire, ebe, evde bakım yardımcıları, okul öncesi ve ilköğretim öğretmenleri) bulunmuştur. Üst sırt ve boyun ağrısı ile yorgunluk ve hafif depresif olanların büyük bir çoğunluğu en yüksek işte var olamama oranları olanlar arasındadır. Aynı zamanda bu kişilerin hastalık nedeniyle en çok işe devamsızlık yapan mesleki grup olduğu bulunmuştur (Aronsson ve diğerleri, 2000). Portekiz’de bir kamu hastanesindeki hemşirelerde işte var olamamanın nedenlerini bel ağrısı, solunum enfeksiyonları, migren ve stres olarak belirtmişlerdir (Martinez ve Ferreira, 2012: 297). Singapur’da yapılan bir araştırmada 279 katılımcıdan 268’si (%96) son üç ayda hastalık kaynaklı işte var olamama sorunu ile karşı karşıya kaldıklarını belirtmiş ve bunlardan çoğu baş ağrısı, grip/nezle ve öksürük sorunlarından etkilenmiştir. Katılımcıların %45’i kronik sağlık koşulları (alerji, astım, artrit, kronik sırt ağrısı, diyabet, hipertansiyon ve anksiyete), kalan %55’i ise akut sağlık koşulları

(öksürük, ateş, baş ağrısı/migren, grip ve ishal) yaşadıklarını belirtmiştir. Elde edilen verilere göre, her bir koşulun etkilediği kişi başına günlük ortalama saatler hesaplanmıştır. Kronik rahatsızlıklardan sırt ağrısı haftalık en yüksek etkiye (1,82 saat) sahiptir ve sırasıyla anksiyete (1,08 saat), alerji (1,06 saat), astım (0,97 saat) ve artrit (0,28 saat) takip etmiştir. Diyabetin işte verimlilik kaybına neden olmadığı belirtilmesi ise ilginç bir sonuç olarak elde edilen bulgular arasındadır. Akut sağlık koşullarından şikâyeti olanlar arasında ise ateşin en yüksek zaman kaybına (4,49 saat) neden olduğu saptanmış ve bunu sırasıyla baş ağrısı/migren (4,40 saat), grip (3,91 saat), öksürük (3,47 saat) ve ishal (1,56 saat) takip etmiştir. Yukarıda sıralanan sağlık koşullarının üç aylık periyotta çalışanları etkilediği ortalama gün sayısı da hesaplanmıştır. Kronik sağlık koşullarından sırt ağrısı en yüksek gün sayısına (1,87 gün) sahiptir ve sırasıyla anksiyete (1,07 gün), hipertansiyon (0,58 gün), astım (0,57 gün), artrit (0,54 gün) ve alerji (0,48 gün) yer almaktadır. Ancak, akut sağlık koşullarından dolayı kaybedilen gün sayısı hesaplandığında çalışanları, öksürük ortalama 3,14 gün, migren/baş ağrısı 2,64 gün, grip/nezle 2,25 gün, ateş 1,42 gün ve ishal 1,24 gün etkilemiştir. Akut ve kronik sağlık koşulları arasındaki karşılaştırmaya göre, öksürük, ateş, baş ağrısı ve grip/nezle gibi akut koşullar çalışanların çalışma zamanını etkilemede kronik koşullardan daha anlamlı bulunmuştur (Quazi, 2013: 100-102). Altı büyük işverenden toplam 374799 çalışana ait verilerin analiz edilmesiyle fiziksel sağlık koşullarına ilişkin harcamaların toplam sağlık ve verimliliğin %29'unu ve ruhsal sağlık koşullarının %47'sini devamsızlık ve iş göremezlik kayıpları oluşturmaktadır. Göğüs anjini/ağrısı, yüksek kan basıncı, diyabet, bel ağrısı, akut miyokard enfarktüsü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, bel ağrısı gibi belirlenmeyen sırt ağrısı, vertebra ve spinal kordun yaralanması, sinüzit ve kulak, burun boğaz ya da mastoid çıkıntı hastalıkları en maliyetli fiziksel sağlık koşulları olarak saptanmıştır. En maliyetli ruhsal sağlık sorunları ise bipolar bozukluk, depresyon, bipolar hastalıkta depresif atak, nevrotik, kişilik ve psikotik olmayan bozukluklar, alkol bağımlılığı, anksiyete bozuklukları, şizofreni akut faz, şiddetli mani bipolar bozukluklar, özgül olmayan nevrotik kişilik ve psikotik olmayan bozukluklar ve psikozdur (Goetzel ve diğerleri, 2003: 5). Alberta, Kanada'da 25-64 yaş aralığında çalışan nüfustan rastgele çekilen 4032 kişi ile telefon görüşmelerine dayalı olarak yapılan çalışmada, işyeri psikososyal faktörleri, iş-aile çatışmaları, depresyon ve sağlığa ilişkin işte var olamama arasındaki ilişki

incelenmiştir. Negatif çalışma ortamı ve aile özellikleri doğrudan işte var olamamayı etkileyebilmektedir. Aynı zamanda dolaylı olarak depresyon gibi sağlık sorunları yoluyla da iş performansını etkilemektedir. Çalışanların verimliliğini iyileştirmek için, örgütsel sağlığın geliştirilmesine yönelik faaliyetler yalnızca depresyona değil aynı zamanda örgütsel faktörlere de odaklanmalıdır. Çünkü bu faktörlerin depresyonla ilişkisi olabilir ve iş performansı üzerinde doğrudan etkisi olabilir (Wang ve diğerleri, 2010). Ruhsal sağlık sorunu olan sekiz sağlık çalışanı ile yapılan kalitatif görüşmeler sonucunda ise sağlık çalışanlarında (yöneticiler, yardımcılar, birim sorumluları) stres ve ruhsal hastalık oranları yüksektir ancak performanslarını etkileyen bu semptomlara rağmen çalışmaya devam ettikleri ve erken tanı ve destek ile iyileştirebilir oldukları gözlenmiştir (Moll, 2014). Coşkun (2012), belediye çalışanları arasında devamsızlık ve kendini işe verememeye etki eden faktörleri incelemiştir. SPS-6 ölçeği kullanılarak elde edilen sonuçlara göre kendini işe verememe puanları yönetici grubu için en düşük, hizmet sınıfında çalışanlarda en yüksek; kadınların erkeklere göre gençlerin yaşlılara göre kendilerini işlerini daha fazla verdiklerini göstermektedir, bu bulgu artan yaş ile birlikte sağlık sorunlarının da artması sonucu işte var olamama ve işe devamsızlık görülmesini doğrular niteliktedir. Ruhsal, kas-iskelet ve gastrointestinal hastalıklar her iki kurumdaki çalışanlarda en sık görülen sağlık sorunlarıdır. Kronik bel/boyun ağrısı, migren ve migren dışı baş ağrısı, kronik ağrı, kronik yorgunluk veya düşük enerji şikâyeti olan çalışanların daha fazla devamsızlık yaptığı da elde edilen bulgular arasındadır.

Yine son iki haftada sağlık ve sağlık dışı diğer nedenlerden dolayı çalışan başına ortalama devamsızlık 0,91 gün, tahmini olarak ise aylık 1,82 gün ve yıllık 21,84 gün olarak tespit edilmiştir. Çalışan başına işte var olamamanın maliyeti (296,95TL) işe devamsızlık maliyetinin (98,85TL) üç katı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2004-2005 yıllarında Ontario, Kanada'da üçüncü basamak bir hastanede çalışan sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada çalışanların %72'sinin en az bir kez devamsızlık yaptığı ve ortalama günü 2 gün iken yıllık 7 gündür (Donovan, 2006). Amerika'nın Tennessee eyaletinde, hemşire ve eczacılarda işte var olamama ve mali yükü, çalışanların etnik kökenleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada %52,65 işte var olamama yaygınlığı (hemşirelerde %47,06 ve eczacılarda %52,94), %13,2 ortalama

verimlilik düşüşü, fiziksel semptomlar ve ruhsal koşullar ile işte var olamama artışı arasında ilişki ve azınlıkların daha düşük işte var olamama oranlarına sahip olduğu elde edilen bulgular arasındadır. İşte var olamama olasılığı, fiziksel sağlık durumlarından şikâyetçi olan çalışanlarda %22,4 ve ruhsal sağlık durumlarından şikâyetçi olan çalışanlarda da %22,5 oranında artış göstermiştir. Hemşire ve eczacılarda işte var olamama sorununa neden olan fiziksel sağlık sorunları yorgun hissetme ya da düşük enerji, sırt ya da boyun ağrısı, kol, bacak, eklem ağrıları, göz sulanması, burun akıntısı, uyku problemi, baş ağrısı, kas ağrıları, öksürük ya da boğaz ağrısı, ateş, soğuk algınlığı, kabızlık ya da ishal, hazımsızlıktır. Depresyon ve anksiyete uzmanlığına dayalı meslek grubu içinde grip ya da soğuk algınlığından daha yaygın sağlık sorunları arasında olduğu elde edilen bulgular arasında ve ruhsal sağlık sorunları işte var olamamanın anlamlı bir yordayıcısıdır. 2008 yılında endirekt maliyet hemşire ya da eczacı başına 12700 \$ ve işgücü kaybı 2,6 milyon \$ değerinde olmuştur (Warren, 2009). 1999 yılında, the Employers Health Coalition of Tampa, Fla 17 hastalığı analiz etmiş ve işte var olamamadan kaynaklanan verimlilik kaybının işe devamsızlıktan kaynaklanan verimlilik kaybından 7,5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Alerji, artrit, kalp hastalığı, hipertansiyon, migren, boyun ya da sırt ağrıları gibi spesifik bir sorun için bu oran 15'te 1'den daha fazladır (Lowe, 2002: 1). Jain ve diğerlerinin (2013: 252) depresyonun çalışma verimliliğine olan etkisi ve mali yükünü inceledikleri çalışmada, depresyon şiddetini ölçmek için Hasta Sağlığı Anketi (Patient Health Questionnaire) ve işte var olamama ve işe devamsızlığı ölçmek için HPQ ve WPAI kullanılmıştır. Her düzeyde (hafif, orta, şiddetli) depresyonun çalışma verimliliğini azalttığı, depresyon şiddeti ile işte var olamama pozitif ilişkili (HPQ, $P<0,0001$; WPAI, $P<0,0001$) iken işe devamsızlık ise WPAI kullanarak depresyon şiddeti ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak tüm depresyon düzeylerinde azalan genel verimlilik görülmüştür ve depresyon şiddeti arttıkça işte var olamama ve işe devamsızlık daha da kötüleşmiştir. WPAI genel sağlık anketinin kullanıldığı bir çalışmada, katılımcılar arasında, kas ve iskelet problemlerinin prevalansı %71, depresyonun ise %18. Katılımcıların çoğunluğu (%62), sağlık problemlerinin çalışma verimliliklerini “biraz” etkilediğini ifade ederek en az 1 işte var olamama skoru vermişlerdir (%10 zarar görmeye eşittir). Ağrı ve depresyon işte var olamama ile ilişkilidir. İşte var olamama ile hasta düşme sayısı, daha fazla ilaç hata sayısı, düşük bakım kalitesi skorları arasında

anlamli bir iliski bulunmaktadir. Iste var olamamanin neden olduğu dűşmeler ve ilaç hatalarının arttığını gösteren maliyet tahminleri Kuzey Carolina’da çalışan başına 1346 \$ ve ABD’de yıllık 2 milyar \$ olduğu tahmin edilmektedir. BKİ, günde çalışılan saat, çalışma şiftleri, kıdem, istihdam türü ve hem ağrı hem de depresyon ile işte var olamama arasında anlamlı bir ilişki vardır (Letvak ve diğeri, 2012). Dow Kimya Firması’nda çalışanların 10 kronik sağlık koşulunun toplam maliyetlerini (tıbbi, ilaç, işte var olamama ve işe devamsızlık) değerlendirmiştir. Sağlık hizmetleri maliyet verileri, ilaç maliyet verileri, iş özellikleri, maaş bordroları ve devamsızlık kayıtları elde edilmiştir. Solunum bozuklukları dışında tüm kronik koşullar için tıbbi bakım tedavilerinin direkt maliyetleri hastalığa ilişkin işe devamsızlık maliyetlerinin üstündedir. Ancak işte var olamama maliyetleri ya da çalışma performansı kaybı her kronik koşul için en büyük maliyet bileşenidir. Dow çalışanlarında her koşulun yaygınlığı 2002 yılında çalışan başına ortalama maliyet tıbbi bakım için 2278 \$, işe devamsızlık için 661 \$ ve işte var olamama için 6721 \$ olarak bulunmuştur. Toplam işgücü maliyetlerinin %6,8’ini işte var olamama, %2,3’ünü tıbbi bakım ve %1’ini işe devamsızlık oluşturmaktadır (Collins ve diğeri, 2005: 554). Kronik yorgunluk sendromu olan kişilerin tıbbi maliyetleri artırdığı ve bu sendromu olmayan kişilere kıyasla kazançları düşürdüğü bulunmuştur. Bu ekonomik maliyetler yıllık 11780\$ seviyelerinde gerçekleşmiştir. Verimlilik kaybı, toplam kronik yorgunluk sendromu maliyetinin %82’sini oluşturmaktadır. Verimlilik kaybının yaklaşık yarısı düşük istihdam oranlarına atfedilebilir (Lin ve diğeri, 2011). Sağlık çalışanlarında kas-iskelet problemlerinin işte var olamama üzerindeki etkisi SPS-13 kullanılarak incelendiğinde orta düzeydeki kas-iskelet problemleri yüksek işte var olamama oranları ile ilişkili olduğu ve kas-iskelet problemleri nedeniyle kaybedilen verimliliğin maliyetler azımsanmayacak boyutlardadır. Terapistlerin %17,3 son 4 haftada kas-iskelet problemleri nedeniyle devamsızlık yaptıklarını belirtmiştir. Bu kayıpların çoğunluğu 1 ya da 2 saattir. Hem verimlilik hem de elde edilen çıktılar, kas-iskelet bozukluklarından etkilenmektedir. Çalışmaya ilişkin kas-iskelet bozuklukları işte var olamamayı etkileyebilir ve buna bağlı maliyetler de ciddi boyutlarda olabilmektedir (Campo ve Darragh, 2012: 64). Yaygın ağrıların çalışma üzerinde olumsuz etkileri olduğu gözle görülür bir gerçektir ancak Amerikan işgücünün ağrı nedeniyle verimlilik kaybı miktarını tahmin eden kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada yaygın ağrı

koşullarına bağlı olarak verimlilik azalması ve işe devamsızlık (verimlilik kaybı) 2 haftalık bir periyot için ölçülmüştür. Amerika’da rastgele örnekleme yöntemi ile 28902 yetişkine telefon görüşmeleri ile APA gereci uygulanarak veriler toplanmıştır. 2 haftalık zaman diliminde toplam işgücünün %30’u ağrı nedeniyle verimlilik kaybı yaşamıştır. Baş ağrısı verimlilik kaybı ile sonuçlanan en yaygın (%5,4) ağrı koşulu ve bunu takiben sırasıyla sırt ağrısı (%3,2), artrit (%2,0) ve diğer kas-iskelet ağrıları (%2,0) en yaygın ağrı koşulu olarak bulunmuştur. Aktif çalışanlar arasında yaygın ağrı koşulları nedeniyle verimlilik kaybı maliyetinin yıllık 61,2 milyar \$ olduğu tahmin edilmiştir. Verimlilik kaybının çoğunluğu (%76,6) ise, işe devamsızlık nedeniyle değil işteyken performans azalması nedeniyle olduğu açıklanabilir (Stewart ve diğerleri, 2003: 2443). 2006 yılında sağlık ve eğitim sektörlerinde işte var olamama maliyetleri HPQ kullanılarak değerlendirildiğinde sağlık sektöründe tahmini 8338 Aus \$, eğitim sektöründe ise 8092 Aus \$ olarak tespit edilmiştir (Scuffham ve diğerleri, 2013).

SONUÇ

Çalışanların optimal performans göstermeleri için sağlıklı çalışma ortamları sağlayarak örgütsel amaçlara ulaşmak hastane yöneticilerinin birincil amaçları arasında yer alması gerekmektedir. İşgücü verimliliğinin, direkt ve endirekt maliyetleri etkilemesi sebebiyle örgütlerin elde ettikleri başarılarında en büyük ve önemli pay, sağlıklı ve üretken işgücüne ait olmaktadır. Örgütlerdeki verimlilik, beşeri kaynakların kalitesinden etkilenmektedir. Özellikle büyüme eğilimi gösteren örgütlerde, çalışanların “işe devamsızlık ve işte var olamama” davranışları sıralanan amaçlara ulaşılmasında engel teşkil edebilmektedir.

Sağlık sektöründe işte var olamama ve işe devamsızlık sorunlarının incelenmemiş bir alan olması bu çalışmanın sonuçlarının sağlık sektörü ve kurumları açısından önemini oluşturmaktadır. İşte var olamama ve işe devamsızlık sorunlarının en fazla kadınlar ve hemşire-ebe meslek grubunda görülmesi hastanelerde kadın çalışanların iş ve aile yaşamı arasında denge kurmalarını sağlamak için bazı kolaylaştırıcı ortamlar oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Görüldüğü gibi aynı zamanda hastanelerde çoğunluğu oluşturan hemşire-ebe meslek grubu çalışanları, en fazla verimlilik kaybı yaşayan ve en fazla mali yüke sebep olan çalışanlardır. Hemşire ve ebelerin çoğunluğunun kadın olmasının yanı sıra ağır işyükü ve düzensiz çalışma saatlerine karşılık daha düşük ücret almalarının bir sonucu olarak diğer meslek gruplarına nazaran daha fazla işe odaklanamama sorunu yaşayabilir ya da daha fazla devamsızlık yapma eğiliminde olabilirler. Buna karşılık yıllık izin ve ücretsiz izin gibi planlanmış devamsızlıklar dışında yapılacak devamsızlıklara karşı yönetimin isteksiz olması, çalışanları sağlık ya da sağlık dışı sorunları olması durumunda işe gitmelerine sevk etmektedir. Buna yönelik daha esnek kurallar getirilerek hem çalışanın isteyken verimlilik kaybetmesi önlenebilir hem de bu tür sorunları çözümlendikten sonra işte daha üretken olması sağlanabilir. Personel yetersizliği hastanelerde sıklıkla yaşanan sorunlardan sadece bir tanesidir ve çoğu zaman da birçok problemin kaynağını oluşturmaktadır. Bu nedenle izin ve rapor durumlarında personel planlaması birimlerdeki eksikleri tamamlayıcı şekilde yapılmalıdır. Ancak izin ve rapor alma esnekliğinin çalışanlar tarafından suiistimal edilmesinin önüne geçmek için bazı

sınırlamalar getirilmesi gerekmektedir. Hastanedeki performans uygulamasının dışında izinden dönen çalışanlar için bir sonraki ayın sonunda gösterdiği performansa yönelik değerlendirmeler yapılabilir. Soruları çözülmüş olarak işe dönen bir çalışanın daha istekli çalışacağı bekleneceği için performans göstergelerinin de daha yüksek olması beklenir. Beklenenin altında olduğunda ise hala çözümlenmeyen sorunları için çalışana destek sağlanarak çalışma koşulları kolaylaştırıcı hale getirilebilir.

Daha genç çalışanların bu sorunları yaşamamasının sebebi de çalışma hayatına yeni girilmiş olması ve çalışılmakta olan kuruma olan bağlılıkla ilişkisi olduğu düşünülebilir. İşi öğrenme aşamasında olan çalışanlar için iş, olduğundan daha fazla ağır gelebilir ve iş hayatına yeni girmiş olan bireyin de işten kaçınmasına sebep olabilir. Yeni çalışmaya başlamış bir çalışanın ise kuruma bağlılığının yok ya da hiç denilebilecek kadar az olması muhtemeldir. Bu nedenle genç çalışanlar işe odaklanmada daha fazla sorun yaşayabilirler.

İşte var olamamanın mali yükü, işe devamsızlık mali yükünün yaklaşık üç katı olması gizli işsizliğin büyüklüğünün önemli boyutlarda olduğunun bir göstergesidir. Personel eksikliği ve işleyişte aksaklıkların yaşanmaması amacıyla hasta olan çalışanlara izin vermek yerine çalışmasını bekleyen KÜTFH aslında istenilen verimi gerçekten alamadığı ve aksine daha fazla bir mali yüke katlandıkları görülmüştür.

ÖNERİLER

Hastanelerin enfeksiyon ve hastalık bulaşma riskinin en yüksek olduğu yerler olması sebebiyle çalışanların sağlığını korumak, önlemek ve iyileştirmek amacıyla düzenli olarak tüm hastane çalışanlarını kapsayan sağlık taramaları yapılmalıdır. Tarama sonuçlarına göre aşılama, tetkik ve tedaviler, beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlığın korunması ile ilgili bilgilendirilmelerin yapılması gibi gerekli çalışmalar başlatılmalıdır. Bu çalışmaların yanı sıra evlilik ve doğum izni, ücretsiz izin, askerlik ve uzun dönemli devamsızlık haklarından faydalanacak olan çalışanların önceden belirlenip personel planlamasının yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları arasındaki işte var olamama sorununun nedenleri başında işini bir başka çalışana bırakamama olduğu için personel dağılımının en iyi şekilde yapılma ile hem hastalar hem de diğer hastane çalışanları olası zararlardan korunmuş olacaktır.

Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastane ile bir üniversite hastanesinde çalışanların işte var olamama ve işe devamsızlık davranışları incelenmiş ancak özel hastane ve askeri hastaneler kapsam dışında bırakılmıştır. Ancak mülkiyete dayalı daha kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek için özel ve askeri hastanelerin de kapsam içine alındığı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmada çalışanların işte var olamama ve işe devamsızlık problemleri sadece sağlık sorunları açısından incelenmiş, daha detaylı incelemeler yapmak için sağlık dışı sorunların da dikkate alınması gerekir. Bunların yanında anket uygulamasının yanı sıra daha fazla işte var olamama ve işe devamsızlık sorunu yaşayan meslek gruplarından örneklem çekilerek kalitatif görüşmelerle daha detaylı bilgiler elde edilebilir. Bu görüşmeler bir yıl içinde düzenli olarak (mevsimsel rahatsızlıklar ihtimal dâhilinde) ve kişilerin çalışma saatleri dışında yapılması ile daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir.

Daha güvenli, sağlıklı ve daha üretken çalışma ortamları sağlamak için yöneticilerin yapması gereken, hastanelerde düzenli sağlık risk değerlendirmeleri yapmak ve çalışan sağlığını korumaya ilişkin çalışmalar yapmaktır. Hastalık nedeniyle verimlilik kaybı sonucu ortaya çıkan maliyetleri azaltarak çalışan tatminini artıracak, stratejik politikalar oluşturulması gerekmektedir. Bu amaçla örgütsel bağlılığın artırılması konusunda

yöneticilerin motive edilmesi, çalışanların periyodik olarak muayene edilmesi, ergonomik çalışma ortamlarının sağlanması, hastalıkların erken tanı ve tedavisinin yapılması, işyerinde kişisel koruyucu önlemlerin kullanımının yaygınlaşması, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, çalışanlara iş tanımlarının dışında iş vermekten kaçınılması, kişinin çalışma arkadaşları ile olan ilişkilerinin iyileştirilmesi ve çalışanların boş zamanlarında eğlence faaliyetlerine katılımlarının teşvik edilerek iş stresinin en aza indirilmesi gibi uygulamaların fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Prospektif ya da retrospektif çalışmalar aracılığı ile maliyet-etkin stratejiler geliştirilmelidir.

Çalışanların sorunlarına yönelik hastanelerde “Çalışan Destek Birimi” kurularak çalışanlar hem sağlık hem de sosyal hizmet açısından desteklenmelidir. Bu program bünyesinde düzenli sağlık taramaları, eğitim ve bilgilendirme çalışmaları, işe bağlılığı sağlamak için bazı motivasyon araçları, örgüt içi iletişim ile çatışma, şiddet ve mobbing gibi olumsuzluklara anında müdahale edilmesi gibi hizmetler sunulmalıdır. Çalışanların ise bu uygulamalara katılmaları ve sağlık taramalarını aksatmamaları gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu. (1964). *T.C. Resmi Gazete*, 11766-11779, 17 Temmuz 1964.
- Aalbers, J. (2013). *Reducing Sickness Absenteeism*. Enschede, Netherlands: University of Twente Human Resource Management Business Administration Master Thesis.
- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R. ve diğ erleri. (2006). Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *The New England Journal of Medicine*, 355 (8), 763-778.
- Alavinia, S. M., Molenaar, D. ve Burdorf, A. (2009). Productivity Loss in the Workforce: Associations With Health, Work Demands, and Individual Characteristics. *American Journal of Industrial Medicine*, 52 (1), 49-56.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. ve Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 502-509.
- Aronsson, G. ve Gustafsson, K. (2005). Sickness Presenteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (9), 958-966.
- Ashby, K. ve Mahdon, M. (2010). *Why Do Employees Come to Work When Ill? An Investigation into Sickness Presence in the Workplace*. Aralık 22, 2013 tarihinde The Work Foundation: <http://www.theworkfoundation.com/assets/docs/axa%20event/final%20why%20do%20employees%20come%20to%20work%20when%20ill.pdf> adresinden alındı.
- Aston, L. (2010). Helping Workers Help Themselves. *Occupational Health*, 62 (11), 29-32.
- Avrupa Yaşam ve Çalışma Koş ullarını İyileştirme Vakfı. (2007). *Birinci Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi: Türkiye'de Yaşam Kalitesi*. Dublin, Ireland: The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound).

- Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı. (2010). *İşe Devamsızlık*. Dublin, Ireland: The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound).
- Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı. (2011). *Dördüncü Avrupa Çalışma Koşulları Anketi*. Dublin, Ireland: The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound).
- Baker-McCleary, D., Greasley, K., Dale, J. ve Griffith, F. (2010). Absence Management and Presenteeism: The Pressures on Employees to Attend Work and the impact of Attendance on Performance. *Human Resource Management Journal*, 20 (3), 311-328.
- Balkan, M. O. ve Serin, A. E. (2014). The Effect of Organizational Stress on Individual Performance: A Study on Hospital Staff. *International Journal of Business and Social Research*, 4 (2), 100-111.
- Bass, C. E. (2010). *The Effect of Subjective Well-Being on Employee Presenteeism*. Murfreesboro, TN: Middle Tennessee State University, Degree Doctor of Philosophy.
- Baysal, İ. A. (2012). *Presenteeism (İşte Varolmama Sorunu) ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Adnan Menderes Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Uygulama*. Adana: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G. ve Josephson, M. (2009). Sickness Presenteeism Today, Sickness Absenteeism Tomorrow? A Prospective Study on Sickness Presenteeism and Future Sickness Absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51 (6), 629-638.
- Bierla, I., Huver, B., & Richard, S. (2013). New Evidence on Absenteeism and Presenteeism. *The International Journal of Human Resource Management*, 24 (7), 1536–1550.
- Bingöl, D. (2010). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Biron, C., Brun, J.-P., Ivers, H. ve Cooper, C. L. (2006). At Work But Ill: Psycho-social Work Environment and Well-Being Determinants of Presenteeism Propensit. *Journal of Public Mental Health*, 5 (4), 26-37.
- Böckerman, P. ve Laukkanen, E. (2009). What Makes You Work While You Are Sick? Evidence From a Survey of Workers. *The European Journal of Public Health*, 20 (1), 43-46.

- Brooks, A., Hagen, S. E., Sathyanarayanan, S., Schultz, A. B. ve Edington, D. W. (2010). Presenteeism: Critical Issues. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52 (11), 1055-1067.
- Burton, W., Conti, D., Chen, C., Schultz, A. ve Edington, D. (1999). The Role of Health Risk Factors and Disease on Worker Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41 (10), 863-877.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C.-Y., Schultz, A. B. ve Edington, D. W. (2001). The Impact of Allergies and Allergy Treatment on Worker Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (1), 64-71.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C.-Y. ve Edington, D. W. (2004). The Association of Medical Conditions and Presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (6), 38-45.
- Callen, B. L., Lindley, L. C. ve Niederhauser, V. P. (2013). Health Risk Factors Associated With Presenteeism in the Workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55 (11), 1312-1317.
- Campo, M. ve Darragh, A. R. (2012). Work-Related Musculoskeletal Disorders Are Associated With Impaired Presenteeism in Allied Health Care Professionals. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54 (1), 64-70.
- Caverley, N., Cunningham, J. B. ve MacGregor, J. N. (2007). Sickness Presenteeism, Sickness Absenteeism, and Health Following Restructuring in a Public Service Organization. *Journal of Management Studies*, 44 (2), 304-319.
- CCH. (2006). *16th Annual Unscheduled Absence Survey: Unscheduled Absences Rising at U.S. Workplaces*. Chicago, Illinois: A CCH Publication: Human Resources Management Ideas and Trends.
- Ceniceros, R. (2003). Employers Strive to Combat Costs of 'Presenteeism'. *Business Insurance*, 37 (35), 4-31.
- Chapman, L. S. (2005). Presenteeism and its Role in Worksite Health Promotion. *The Art of Health Promotion: Practical Information to Make Programs More Effective*, 1-14.
- Chapman, L. S. ve Sullivan, S. (2003). Health and Productivity Management: An Emerging Paradigm for the Workplace. *The Art of Health Promotion*, 7 (3), 1-12.
- Chenoweth, D. (2011). *Promoting Employee Well-Being: Wellness Strategies to Improve Health, Performance and the Bottom Line*. USA: SHRM Foundation.

- Coffeng, J. K., Hendriksen, I. J., Duijts, S. F., Twisk, J. W., Mechelen, W. v. ve Boot, C. R. (2014). Effectiveness of a Combined Social and Physical Environmental Intervention on Presenteeism, Absenteeism, Work Performance, and Work Engagement in Office Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56 (3), 258-265.
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M. ve diğeri. (2005). The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (6), 547-557.
- Collins, A. ve Cartwright, S. (2012). Why Come into Work Ill? Individual and Organizational Factors Underlying Presenteeism. *Employee Relations*, 34 (4), 429-442.
- Cooper, C. (2011). *Presenteeism is more costly than absenteeism*. Şubat 12, 2014 tarihinde <http://www.hrmagazine.co.uk/hro/features/1019355/presenteeism-costly-absenteeism> adresinden alındı.
- Coşkun, Ö. (2012). *İki İşyerinde İşe Devamsızlık ve Kendini İşe Verememede Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Crawford, J. A., Shafir, A., Graveling, R., Dixon, K. ve Cowie, C. (2009). *A Systematic Review of the Health of Health Practitioners*. Institute of Occupational Medicine Strategic Consulting Report: 603-00525.
- Cser, J. R. (2010). *Impact of Participation in a Worksite Wellness Program on Presenteeism: A Quantitative Study of Pennsylvania Workers*. Capella University: Degree Doctor of Philosophy.
- Çiftçi, B. (2010). İşte Var Ol(Ama)Ma Sorunu ve İşletmelerin Uygulayabileceği Çözüm Önerileri. *Çalışma ve Toplum*, 1, 153-174.
- Çoban, Ö. ve Harman, S. (2012). Presenteeism: Nedenleri, Yarattığı Örgütsel Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerinde Bir Alanyazın Taraması. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (23), 157-178.
- Dalton, D. ve Mesch, D. (1991). On the Extent and Reduction of Avoidable Absenteeism: An Assessment of Absence Policy Provisions. *Journal of Applied Psychology*, 76, 810-817.
- Despiegel, N., Danchenko, N., François, C., Lensberg, B. ve Drummond, M. F. (2012). The Use and Performance of Productivity Scales to Evaluate Presenteeism in Mood Disorders. *Value in Health*, 15, 1148-1161.

- Dew, K., Keefe, V. ve Small, K. (2005). "Choosing" to Work When Sick: Workplace Presenteeism. *Social Science & Medicine*, 60, 2273-2282.
- Donovan, T. L. (2006). *Employee Absenteeism in a Southeastern Ontario Tertiary Care Hospital: A Record Linkage Study*. Kingston, Ontario, Canada: Queen's University Department of Community Health and Epidemiology, Master of Science.
- Druss, B. G., Schlesinger, M. ve Allen, H. M. (2001). Depressive Symptoms, Satisfaction With Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population. *American Journal of Psychiatry*, 158 (5), 731-734.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. ve Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 500-507.
- Elstad, J. I. ve Vabø, M. (2008). Job Stress, Sickness Absence and Sickness Presenteeism in Nordic Elderly Care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 (5), 467-474.
- Endicott, J. ve Nee, J. (1997). Endicott Work Productivity Scale (EWPS): A New Measure to Assess Treatment Effects. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (1), 13-16.
- Eren, E. (1993). *Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Eriksen, W., Bruusgaard, D. ve Knardahl, S. (2003). Work Factors as Predictors of Sickness Absence: A Three Month Prospective Study of Nurses' Aides. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60, 271-278.
- Garman, E., Leech, I. ve Grable, J. (1996). The Negative Impact of Employee Poor Personal Financial Behaviors on Employers. *Financial Counseling and Planning*, 7, 157-168.
- Geylan, R. (2004). Kadrolama. C. Koparal (Ed.), *Yönetim ve Organizasyon* (s. 115-136). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Gilbreath, B. ve Karimi, L. (2012). Supervisor Behavior and Employee Presenteeism. *International Journal of Leadership Studies*, 7 (1), 114-131.
- Glynn, J. ve Cheng, N. (2011). The Future Evolution of Employee Wellness. *American College of Sports Medicine's Health and Fitness Journal*, 15 (5), 45-47.
- Goetzl, R. Z., Hawkins, K., Ozminkowski, R. J. ve Wang, S. (2003). The Health and Productivity Cost Burden of the "Top 10" Physical and Mental Health Conditions Affecting Six Large U.S. Employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (1), 5-14.

- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S. ve Lynch, W. (2004). Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (4), 398-412.
- Goetzel, R. Z., Gibson, T. B., Short, M. E., Chu, C., Waddell, J., Bowen, J., Lemon, S. C., Fernandez, I. D., Ozminkowski, R. J., Wilson, M. G. ve DeJoy, D. M. (2010). A Multi-Worksite Analysis of the Relationships Among Body Mass Index, Medical Utilization, and Worker Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52 (1), 52-58.
- Gurchiek, K. (2009, Şubat 2). *Managers, Employees View Presenteeism Differently*. Nisan 17, 2014 tarihinde Society for Human Resource Management: <http://www.shrm.org/Publications/HRNews/Pages/ViewPresenteeismDifferently.aspx> adresinden alındı.
- Gül, G., Bol, P. ve Erbaycu, A. E. (2013). Hasta ve Çalışan Güvenliğinde Risk Yönetimi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Yapılan Risk Analizi ve İyileştirme. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (5), 1-16.
- Günbeyi, M. ve Gündoğdu, T. (2010). Polis Teşkilatının "İşkolik" Çalışanları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11 (1), 56-63.
- Hansen, C. D. ve Andersen, J. H. (2008). Going Ill to Work - What Personal Circumstances, Attitudes and Work-Related Factors are Associated with Sickness Presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67, 956-964.
- Hansen, C. D. ve Andersen, J. H. (2009). Sick at Work - A Risk Factor for Long-Term Sickness Absence at a Later Date? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (5), 397-402.
- Health and Productivity Toolkit. (2006). American College of Occupational and Environmental Medicine.
- Health and Safety Executive. (2005). *Survey of Workplace Absence Sickness and (Ill) Health (SWASH)*. Aralık 17, 2013 tarihinde <http://www.hse.gov.uk/> adresinden alındı.
- Health Council of Canada. (2005). *Modernizing the management of health human resources: Identifying areas for accelerated change. Report from a National Summit, Toronto: Health Council of Canada*. Aralık 1, 2013 tarihinde http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/HCC_HHRsummit_2005_eng.pdf adresinden alındı.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At Work - But Out of It. *Harvard Business Review*, 1-9.

- Heuvel, S. G., Geuskens, G. A., Hooftman, W. E., Koppes, L. L. ve Bossche, S. N. (2010). Productivity Loss at Work; Health-Related and Work-Related Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20 (3), 331-339.
- Higgins, C., Duxbury, L. ve Lyons, S. (2001). *Reducing Work–Life Conflict: What Works? What Doesn't?* Ocak 16, 2014 tarihinde http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/occup-travail/balancing-equilibre/full_report-rapport_complet-eng.pdf adresinden alındı.
- Huang, D. T. (2008). *A New Tool to Measure the Relationship Between Health-Related Quality of Life and Workforce Productivity*. Georgia Institute of Technology, Degree Doctor of Philosophy.
- ILO Report. (1995). *World Employment*. Erişim: 02.03.2014, <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/wer/wer95.htm>.
- Jain, G., Roy, A., Harikrishnan, V., Yu, S., Dabbous, O. ve Lawrence, C. (2013). Patient-reported Depression Severity Measured by the PHQ-9 and Impact on Work Productivity: Results From a Survey of Full-time Employees in the United States. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55 (3), 252-258.
- Janssens, H., Clays, E., Kittel, F., Bacquer, D. D., Casini, A. ve Braeckman, L. (2012). The Association Between Body Mass Index Class, Sickness Absence, and Presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54 (5), 604-609.
- Jex, S. M. (2002). *Organizational Psychology: A Scientist-Practitioner Approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Johansen, V. (2012). Sickness presenteeism in Norway and Sweden. *Nordic Journal of Social Research*, 3, 88-102.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the Workplace: A Review and Research Agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 13 (4), 519-542.
- Kessler, R. ve Frank, R. (1997). The Impact of Psychiatric Disorders on Work Loss Days. *Psychological Medicine*, 27 (4), 861–873.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M. ve Wang, P. S. (2001). The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (3), 218–225.
- Kessler, R. (2003, Mart 8). *Scoring the HPQ*. Ağustos 21, 2013 tarihinde <http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/info.php> adresinden alındı.

- Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A., Berglund, P., Cleary, P. D., McKenas, D. ve diğeri. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (2), 156-174.
- Kessler, R., Petukhova, M., McInnes, K. ve Üstün, T. B. (2007). *Content and Scoring Rules for the WHO HPQ Absenteeism and Presenteeism Questions*. Erişim: 01.06.2013, <http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/ftplib/absenteeism%20presenteeism%20scoring%20memo%20050107.pdf>
- Klachefsky, M. (2012). *Understanding Presenteeism*. Portland: Standard Insurance Company.
- Koçoğlu, M. (2007). *İşletmelerde Presenteeism Sorunu ve İnsan Kaynakları Yönetimi Çerçevesinde Mücadele Yöntemleri*. İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kohler, S. ve Mathieu, J. (1993). Individual Characteristics, Work Perceptions and Affective Reactions Influences on Differentiated Absence Criteria. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 515-530.
- Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S. ve diğeri. (2002). Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 14-20.
- Lack, D. M. (2011). Presenteeism Revisited: A Comprehensive Review. *American Association of Occupational Health Nurses*, 59 (2), 77-89.
- Lerner, D., Amick, I. B., Malspeis, S., Rogers, W., Gomes, D. ve Salem, D. (1998). The Angina Related Limitations Questionnaire. *Quality of Life Research*, 7 (1), 23-32.
- Lerner, D., Amick, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K. ve Cynn, D. (2001). The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care*, 39 (1), 72-85.
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J. ve Gupta, S. N. (2012). Nurses' Presenteeism and Its Effects on Self-Reported Quality of Care and Costs. *The American Journal of Nursing*, 112 (2), 30-38.
- Lin, J.-M. S., Resch, S. C., Brimmer, D. J., Johnson, A., Kennedy, S., Burstein, N. ve diğeri. (2011). The economic impact of chronic fatigue syndrome in Georgia: direct and indirect costs. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 9 (1), 1-12.
- Loeppke, R. (2008). The Value of Health and The Power of Prevention. *International Journal of Workplace Health Management*, 95-108.

- Lofland, J. H. (2004). *Access to Health Care and Workplace Absenteeism Individuals with Migraine Headache*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University, Johns Hopkins University.
- Lofland, J. H., Pizzi, L. ve Frick, K. D. (2004). A Review of Health-Related Workplace Productivity Loss Instruments. *Pharmacoeconomics*, 22 (3), 165-184.
- Lowe, G. S. (2002). *Here in Body, Absent in Productivity - Presenteeism Hurts!* Erişim: 18.10.2013, <http://www.refresh.com/Archives/!gslpresenteeism.html>.
- MacDonald, L. C. (2010). *The Experience of Presenteeism: Acute Care Nurses Working in Northern Health*. The University of Northern British Columbia, Degree of Master of Arts in Disability Management.
- MacGregor, J. N., Cunningham, J. B. ve Caverley, N. (2008). Factors in Absenteeism and Presenteeism: Life Events and Health Events. *Management Research News*, 31 (8), 607-615.
- Mandracioğlu, A. (2013). Presentizm Olgusu. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3 (2), 9-17.
- Mani, V. ve Jaisingh, S. (2014). A Multivariate Approach to Determine the Drivers of Employee Absenteeism. *Australian International Journal of Humanities and Social Studies*, 1 (1), 14-30.
- Martinez, L. F. ve Ferreira, A. I. (2012). Sick at Work: Presenteeism Among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress and Health*, 28, 297-304.
- Mattke, S., Balakrishnan, A., Bergamo, G. ve Newberry, S. J. (2007). A Review of Methods to Measure Health-related Productivity Loss. *The American Journal of Managed Care*, 13 (4), 211-217.
- McGorry, P. (2013). Revention, Innovation and Implementation Science in Mental Health: The Next Wave of Reform. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (54), 3-4.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R. ve Holland, W. W. (1997). Sickness Absence and 'Working Through' Illness: A Comparison of Two Professional Groups. *Journal of Public Health Medicine*, 19 (3), 295-300.
- Medibank. (2011). *Medibank's Sick at Work: The Cost of Presenteeism to Your Business and the Economy*. Australia.
- Meer, E. W., Boot, C. R., Gulden, J. W., Jungbauer, F. H., Coenraads, P. J. ve Anema, J. R. (2013). Hand Eczema Among Healthcare Professionals in the Netherlands: Prevalence, Absenteeism, and Presenteeism. *Contact Dermatitis*, 69, 164-171.

- Milano, C. (2005). Being there: Can coming to Work Be a Risk. *Risk Management*, 52 (11), 30.
- Moll, S. E. (2014). The Web of Silence: A Qualitative Case Study of Early Intervention and Support for Healthcare Workers with Mental Ill-Health. *BMC Public Health*, 14 (138), 1-23.
- Moseti, H. K. (1996). An In-Depth Analysis of the Relationship Between Employee Wellness Programs and Employee Health Care Costs. Nova Southeastern University.
- O'Callaghan, G. (2013). *How Awareness of Presenteeism Positively or Negatively Impacts Managerial Attitudes and or Behaviours*. Ireland: National College of Ireland, BA (Hons) in Human Resource Management.
- O'Donnell, J. E. (2009). *Presenteeism: A Comparative Analysis*. University of Massachusetts, Amherst, Master Thesis.
- ONS. (2014). *Sickness Absence in the Labour Market*. UK: Office for National Statistics.
- Ozminkowski, R. J., Goetzel, R. Z. ve Long, S. R. (2003). A Validity Analysis of the Work Productivity Short Inventory (WPSI) Instrument Measuring Employee Health and Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (11), 1183-1195.
- Öncel, Ş. (2005, Ocak 1). *Şirketlerin Yeni Sendromu*. Erişim: 04.04.2014, Capital Online: <http://www.capital.com.tr/sirketlerin-yeni-sendromu-haberler/16963.aspx>.
- Örücü, E. ve Kaplan, E. (2001). Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarında Devamsızlık Sorunu. *Yönetim ve Ekonomi*, 7 (1), 93-111.
- Özmen, G. (2011). *Presenteeizm ile Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Tekstil Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma*. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Parboteeah, K. P., Addae, H. M. ve Cullen, J. B. (2005). National Culture and Absenteeism: An Empirical Test. *International Journal of Organizational Analysis*, 13 (4), 343-361.
- Park, A. (2014). *The Impact of a Workplace Environmental Change on Work- Related Outcomes: Productivity, Presenteeism and Cognition*. USA: Arizona State University, Master of Science.

- Partnership for Workplace Mental Health. Erişim: 08.05.2014, <http://www.workplacementalhealth.org/>
- Pedalino, E. ve Gamboa, V. U. (1974). Behavior Modification and Absenteeism: Intervention in One Industrial Setting. *Journal of Applied Psychology*, 59 (6), 694-698.
- Pfeifer, C. (2010). Impact of Wages and Job Levels on Worker Absenteeism. *International Journal of Manpower*, 31 (1), 59-72.
- Pilette, P. C. (2005). Presenteeism in Nursing: A Clear and Present Danger to Productivity. *Journal of Nursing Administration*, 35 (6), 300-303.
- Prasad, M., Wahlqvist, P., Shikhar, R. ve Shih, Y.-C. T. (2004). A Review of Self-Report Instruments Measuring Health-Related Work Productivity: A Patient-Reported Outcomes Perspective. *Pharmacoeconomics*, 22 (4), 225–244.
- Prater, T. ve Smith, K. (2011). Underlying Factors Contributing to Presenteeism and Absenteeism. *The 2011 New Orleans International Academic Conference*, (s. 981-994). New Orleans, Louisiana USA.
- Quazi, H. (2013). *Presenteeism: The Invisible Cost to Organizations*. UK: Palgrave Macmillan.
- Rantanen, I. ve Tuominen, R. (2011). Relative Magnitude of Presenteeism and Absenteeism and Work-Related Factors Affecting Them Among Health Care Professionals. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 225–230.
- Reilly, M., Zbrozek, A. ve Dukes, E. (1993). The Validity and Reproducibility of a Work Productivity and Activity Impairment Instrument. *Pharmacoeconomics*, 4 (5), 353–365.
- Richmond, M. K., Shepherd, J. L., Pampel, F. C., Wood, R. C., Reimann, B. ve Fischer, L. (2014). Associations Between Substance Use, Depression, and Work Outcomes: An Evaluation Study of Screening and Brief Intervention in a Large Employee Assistance Program. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 29, 1-18.
- Roijen, L. v., Essink-Bot, M., Koopmanschap, M., Michel, B. ve Rutten, F. (1995). Societal Perspective on the Burden of Migraine in The Netherlands. *Pharmacoeconomics*, 7 (2), 170-179.
- Roijen, L. v., Essink-Bot, M., Koopmanschap, M., Bonsel, G. ve Rutten, F. (1996). Labor and Health Status in Economic Evaluation of Health Care. *The Health and*

- Labor Questionnaire. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12, 405-415.
- Schultz, A. B. ve Edington, D. W. (2007). Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 547-579.
- Schultz, A. B., Chen, C.-Y. ve Edington, D. W. (2009). The Cost and Impact of Health Conditions on Presenteeism to Employers. *Pharmacoeconomics*, 27 (5), 365-378.
- Scuffham, P. A., Vecchio, N. ve Whiteford, H. A. (2013). Exploring the Validity of HPQ-Based Presenteeism Measures to Estimate Productivity Losses Health and Education Sectors. *Medical Decision Making*, 1-13.
- Shamian, J. ve El-Jardali, F. (2007). Healthy Workplaces for Health Workers in Canada: Knowledge Transfer and Uptake in Policy and Practice. *Healthcare Papers*, 7 (1), 6.
- Shutler-Jones, K. ve Tideswell, G. (2011). Now or Never: If Providing Onsite Health Services And General Health Promotion are Enough to Combat Stress and Ensure Employee Well-Being. *Safety and Health Practitioner*, 29 (1), 39-41.
- Silas, L. (2007). From Promise to Practice: Getting Healthy Work Environments in Health Workplaces. *Healthcare Papers*, 7 (1), 46.
- Smith, A. (2006). *Milletlerin Zenginliği*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Sparks, K., Cooper, C., Fried, Y. ve Shirom, A. (1997). The Effects of Hours of Work on Health: A Meta-Analytic Review. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 70, 391-408.
- Spector, P. E. (1986). Perceived Control by Employees: A Meta-Analysis of Studies Concerning Autonomy and Participation at Work. *Human Relations*, 39 (11), 1005-1016.
- Statistics Canada. (2012). Work Absences in 2011. *Perspectives on Labour and Income*, 1-11.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Morganstein, D. ve Lipton, R. (2003). Lost Productive Time and Cost Due to Common Pain Conditions in the US Workforce. *Journal of the American Medical Association*, 290 (18), 443-2454.
- Şenel, B. (2012). Devamsızlık Nedenleri ve Maliyetinin Araştırılması. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (3), 1-17.

- Tan, P. C., Robinson, G., Jayathissa, S. ve Weatherall, M. (2014). Coming to Work Sick: A Survey of Hospital Doctors in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*, 127 (1399).
- The Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). *Mental Health at Work: Developing the business case*. Erişim: 18.01.2014, www.scmh.org.uk.
- TMS Consulting. (2012). *Workforce Productivity: Effects of Presenteeism*. Erişim: 11.12.2013, http://www.tmsconsulting.com.au/ws-content/uploads/TMS_Consulting_-_Presenteeism.pdf.
- Towers Watson/National Business Group on Health. (2013). *2013/2014 Towers Watson Staying@Work Survey*. US: Towers Watson.
- Treble, J. ve Barmby, T. (2011). *Worker Absenteeism and Sick Pay*. England: Cambridge University Press.
- Tucker, L. A. ve Friedman, G. M. (1998). Obesity and Absenteeism: An Epidemiologic Study of 10,825 Employed Adults. *American Journal of Health Promotion*, 12 (3), 202-207.
- Turpin, R. S., Ozminkowski, R. J., Sharda, C. E., Collins, J. J., Berger, M. L., Billotti, G. M. ve diğerleri. (2004). Reliability and Validity of the Stanford Presenteeism Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (11), 1123-1133.
- TÜİK. (2013). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2012*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- Tynan, P. (2011). Executive Health: All Present. *New Zealand Management* , 46.
- Uğuz, Ş., İnanç, B. Y., Yerlikaya, E. E. ve Aydın, H. (2004). Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği'nin (EİÜÖ) Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (3), 209-214.
- Verlag, G. (2009). *Absenteeism*. Erişim: 13.07.2014 http://books.google.com.tr/books?id=3tbZacwP5GgC&hl=tr&source=gbs_navlinks_s.
- Wager, N., Fieldman, G. ve Hussey, T. (2003). The effect of Ambulatory Blood Pressure of Working Under Favourably and Unfavourably Perceived Supervisors. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 468-474.
- Wang, P. S., Beck, A., Berglund, P., Leutzinger, J. A., Pronk, N., Richling, D. ve diğerleri. (2003). Chronic Medical Conditions and Work Performance in the Health and Work Performance Questionnaire Calibration Surveys. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (12), 1303-1311.

- Wang, J., Schmitz, N., Smailes, E., Sareen, J. ve Patten, S. (2010). Workplace Characteristics, Depression, and Health-Related Presenteeism in a General Population Sample. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52 (8), 836-842.
- Warren, C. L. (2009). *Cost Burden of the "Presenteeism" Health Outcome in a Diverse Nurse and Pharmacist Workforce: Practice Models and Health Policy Implications*. Tennessee: The University of Tennessee, Health Science Center, Degree Doctor of Philosophy.
- Weyman, A., Meadows, P. ve Buckingham, A. (2013). *Extending Working Life, Annex 6: Audit of Research Relating to Impacts on NHS Employees*. England: NHS Employers.
- Willingham, J. G. (2008). Managing Presenteeism and Disability to Improve Productivity. *Benefits & Compensation Digest*, 45, s. 11-14. Orlando.
- Wooden, M. (1992). The Cost of Time off in Australia. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 30, 1-10.
- World Health Organization. (1995). *Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health at Work*. Geneva: Finnish Institute of Occupational Health.
- World Health Organization Expert Consultation. (2004). *Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies*. The Lancet, 157-163.
- World Health Organization. (2008). *Global Health Observatory (GHO): Obesity - Situation and trends*. Erişim: 16.04.2014 http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/.
- Yalçın, S. (1988). *Personel Yönetimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını.
- Yıldız, H. ve Yıldız, B. (2013). İş Yaşamında Presenteeism - Sözde Var Olma - Olgusu: Sağlık ve Verimlilik Açısından Önemi. 7. *Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 27-29 Eylül*, (s. 819-830). Konya.

EKLER**EK-1. Çalışmanın Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Uygulanabileceğine Dair Araştırma İzin Belgesi**

T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 48193183-71.00/6047

16 Aralık 2013

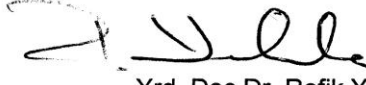
Konu : Anket Hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık İdaresi Bölümü

İLGI : 28.11.2013 tarih ve B.30.2.HAC.0.13.14.00/137 sayılı yazınız.

İlgi yazınız incelenmiş olup, okulunuz yüksek lisans öğrencisi Aysun KANDEMİR'in hastanemizde "sağlık çalışanlarında işte var olamama (presenteeism) ve işe devamsızlık (absenteeism) başlıklı anket uygulaması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize gereğini arz ederim.


Yrd. Doç.Dr. Refik YASLIKAYA
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EK-2. Çalışmanın Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Uygulanabileceğine Dair Araştırma İzin Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 19451680-044/
Konu: Tez Çalışması.

06.12.2013* 14879


...../12/2013

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümüne

İlgi: 28/11/2013 tarih ve 39 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı yazınız gereği Okulunuz Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Aysun KANDEMİR' in "Sağlık Çalışanlarında Presenteeism[işte var ol(a)mama] Sorununun ve Mali Yükünün İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi kapsamında kullanmak üzere hazırladığı "Sağlık Çalışanlarında İşte Var Olmama (presenteeism) ve İşe Devamsızlık (absenteeism)" başlıklı anketi Genel Sekreterliğimize bağlı Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesinde çalışan personelimize uygulama talebi Eğitim Komisyonu tarafından incelenmiştir. 06/12/2013 tarihindeki Eğitim Komisyonu toplantısında yapılacak çalışmanın sonucunun, Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydı ile uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.


İsa KAYHAN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Bir adet toplantı tutanağı örneği.



T.C

SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TOPLANTI TUTANAĞI

06/11/2013 tarihinde yapılan Eğitim Komisyonu Toplantısında Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi öğrencisi Aysun KANDEMİR' in "Sağlık Çalışanlarında Presenteeism [işte var ol(a)mama] Sorununun ve Mali Yükünün İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi kapsamında kullanmak üzere hazırladığı "Sağlık Çalışanlarında İşte Var Olmama (presenteeism) ve İşe Devamsızlık (absenteeism)" başlıklı anket soruları incelenmiş olup, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydı ile uygun görülmüştür.

Komisyon Başkanı

Uzm.Dr. Dilek ÖZTAŞ

Üye

İsa KAYHAN

Üye

Dt.H.Murat TÖREDİ

Üye

Dr Serap SÜZÜK

Üye

Arzu ÇALIK

Üye

Ahmet Er

Üye

Selma ÜNAL

EK-3. Hastane Çalışanlarında İşte Var Olamama (Presenteeism) ve İşe Devamsızlık (Absenteeism) Anketi

Bu araştırmanın amacı, hastane çalışanlarının sağlık sorunlarından dolayı işte var olamama durumlarının çalışma performanslarına olan etkilerini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla aşağıda, ilgili her bir boyutu değerlendirecek ölçekler, kişisel ve demografik bilgiler yer almaktadır. Anketimiz toplam **4 (dört)** bölümden oluşmaktadır.

Anketi doldurmak için ayıracağınız süre ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Arş. Gör. Aysun Kandemir
KÜ SBF Sağlık Yönetimi Bölümü Araştırma Görevlisi
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

A. SAĞLIK DURUMUNUZ

	Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü
A1. Genel olarak, şu an ki genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

B. ÇALIŞMA YAŞAMINIZ

B1. Mesleğiniz? _____

B2. Aşağıdakilerden hangisi çalışma saatlerinizi tanımlamaktadır?

- Gündüz
- Nöbet - Vardiya
- Gündüz + Nöbet

B3. Son 4 haftada (28 gün) toplam kaç saat çalıştınız? (Aşağıdaki tablodan faydalanabilirsiniz.)

_____ saat

4 Haftalık toplam çalışma saatini hesaplamak için örnek;

9 saat 5 gün çalışma toplam = 45 saat x 4 hafta = 180 saat

Pazartesi - Cuma 8 saat, Cumartesi 5 saat toplam = 45 saat x 4 hafta = 180 saat

8 saat 5 gün çalışma toplam = 40 saat x 4 hafta = 160 saat

7 saat 5 gün çalışma toplam = 35 saat x 4 hafta = 140 saat

8 saat 4 gün ek olarak 4 saat toplam = 36 saat x 4 hafta = 144 saat

7 saat 3 gün ek olarak, 2 gün 4 saat toplam = 29 saat x 4 hafta = 116 saat

C. İŞTE VAR OLAMAMA VE İŞE DEVAMSIZLIK

C1. Son **2 hafta** içinde aşağıda sıralanan sağlık sorunlarından hangisi/hangilerinden şikâyetçi oldunuz? Ayrıca şikâyetçi olduğunuz hastalığın bir hekim tarafından tanısının konulup konulmadığını belirtiniz.

Sağlık Sorunları	Şikâyetçi oldunuz mu?		
	HAYIR	EVET, tanı konuldu	EVET, tanı konulmadı
1. Eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemleri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Kronik bel/boyun ağrısı	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Migren-baş ağrısı	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Yüksek kan kolesterolü	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Kalp hastalıkları	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Uyku problemi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Depresyon	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Anksiyete (kaygı, endişe) bozukluğu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Astım	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Diyabet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. Obezite	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. Kanser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Mide problemleri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. Kronik yorgunluk ya da düşük enerji	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Öksürük ya da boğaz ağrısı	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17. Ateş, titreme ya da diğer soğuk algınlığı/grip belirtileri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
18. Kabızlık, su kaybı ya da ishal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
19. İş kazası	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
20. Yaralanma ve kaza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
21. Diğer..... (Lütfen belirtiniz)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

C2. Son **2 hafta** içinde aşağıda sıralanan sağlık sorunlarından hangisi/hangileri çalışma saatleriniz içinde verilen zaman dilimlerinde kaç kez işinizi yapmaktan alıkoyduğunu belirtiniz.

Örnek: Son 2 hafta içinde kronik bel/boyun ağrısı 4 kez tam gün, 2 kez yarım ve 3 kez de 1 saat çalışmanızı engellemişse vereceğiniz cevap şu şekilde olacaktır:

Sağlık sorunları:	Tam gün	Yarım gün	3 saat	2 saat	1 saat	1 saatten az	Hiç
2. Kronik bel/boyun ağrısı	4	2			3		

Sağlık sorunları:	Tam gün	Yarım gün	3 saat	2 saat	1 saat	1 saatten az	Hiç
1. Eklem ağrısı, kas-iskelet sistemi problemleri							
2. Kronik bel/boyun ağrısı							
3. Migren-baş ağrısı							
4. Yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon							
5. Yüksek kan kolesterolü							
6. Kalp hastalıkları							
7. Uyku problemi							
8. Depresyon							
9. Anksiyete (kaygı, endişe) bozukluğu							
10. Astım							
11. Diyabet							
12. Obezite							
13. Kanser							
14. Mide problemleri							
15. Kronik yorgunluk ya da düşük enerji							
16. Öksürük ya da boğaz ağrısı							
17. Ateş, titreme ya da diğer soğuk algınlığı/grip belirtileri							
18. Kabızlık, su kaybı ya da ishal							
19. İş kazası							
20. Yaralanma ve kaza							
21. Diğer..... (Lütfen belirtiniz)							

C3. Son 2 haftada fiziksel ve sağlık sorunlarınızdan dolayı aşağıdaki durumlarının her birinde harcadığınız gün sayısını yandaki kutucuğa yazınız.

Son 2 haftada	Kaç defa?
1. Kaç defa fiziksel ya da ruhsal bir sağlık sorununuzdan dolayı tam gün işe gelmediniz? (Lütfen sadece kendi sağlık sorununuzdan dolayı gelmediğiniz günleri yazınız.)	
2. Kaç defa sağlık dışında herhangi bir nedenden dolayı tam gün işe gelmediniz?	
3. Kaç defa fiziksel ya da ruhsal sağlık sorunlarınızdan dolayı bir çalışma gününün bir kısmında işe gelmediniz? (Lütfen gelmediğiniz tam bir gün sayısını yazmayın.)	
4. Kaç defa sağlık dışında herhangi bir nedenden dolayı bir çalışma gününün bir kısmında işe gelmediniz? (Lütfen gelmediğiniz tam bir gün sayısını yazmayın.)	
5. Kaç gün rapor aldınız?	
6. Kaç gün yıllık izin kullandınız?	
7. Kaç defa işe erken gelip, geç çıktınız ya da izinli olduğunuz günde çalıştınız?	

C4. Son 2 haftada (14 gün) işte bulunduğunuz süre içinde harcadığınız zaman hakkında sorular yer almaktadır. Her sorunun karşısına size en yakın olan cevabı işaretleyiniz.

	Her zaman	oğu zaman	Ara sıra	Bazen	Hibir zaman
1. Olması gerektiği kadar dikkatli bir sekilde alışmadığınızı dşnyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. alışma kalitenizin olması gerekenden dşk olduğunu dşnyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. İşinize konsantre olamadığınızı dşnyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sağlık sorunlarınızın alışmanızı engellediğini dşnyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5, C6 ve C7 numaralı sorularda verilen ölçekte 0 en kötü çalışma performansını 10 ise en üst derece çalışma performansını göstermektedir. Buna göre;

C5. Sizinle benzer işi yapan çalışan(lar)ın performansını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok Kötü **Çok İyi**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C6. Son 2 hafta (14 gün) içindeki çalışma performansınızı nasıl derecelendirirsiniz?

Çok Kötü **Çok İyi**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C7. Son 1 yıl içindeki genel çalışma performansınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Çok Kötü **Çok İyi**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C8. Son 2 haftadaki (14 gün) çalışma performansınızı sizinle benzer işi yapan diğer çalışan(lar)ın performansı ile karşılaştırdığımızda nasıl değerlendirirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz.)

1. Diğer çalışanlardan daha iyi
2. Hemen hemen diğer çalışanlar kadar
3. Diğer çalışanlardan daha kötü

D. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

D1. Yaşınız? ___(gün)/___(ay)/____(yıl)

D2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın
2. Erkek

D3. Medeni durumunuz?

1. Evli
2. Bekâr

D4. Kaç çocuğunuz var?

1. Yok
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ya da daha fazla

D5. Okul öncesi dönemde olan çocuğunuz var mı?

1. Var
2. Yok

D6. Aylık geliriniz ne kadar?

Maaş: _____

Ek ödeme (döner sermaye): _____

D7. Çalıştığınız bölüm/birim: _____

D8. Mesleğinizdeki hizmet süreniz: _____ yıl

D9. Şu an çalıştığınız hastanedeki hizmet süreniz: _____ yıl

D10. Şu ana kadar kaç kurum değiştirdiniz? _____

D11. En son bitirdiğiniz/mezun olduğunuz okul?

1. Okur- yazar	()
2. İlkokul	()
3. Ortaokul	()
4. Lise	()
5. 2 yıllık üniversite	()
6. 4 yıllık üniversite	()
7. Tıp Fakültesi	()
8. Yüksek lisans	()
9. Doktora	()
10. Tıpta uzmanlık	()

D12. Boyunuz?

--	--	--

 CM

D13. Kilonuz?

--	--	--

 KG

Anket sona ermiştir, sabrınız için teşekkür ederim.